Gama (J. M.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

CONTRIBUCIONES

AL TRATAMIENTO

DE LOS ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA

ESTUDIO SOBRE LA URETROTOMIA EXTERNA

TESIS DE RECEPCION

DE

JOSE M. GAMA

Practicante
de cirujía mayor en el Hospital de San Andrés.

MÉXICO

IMPRENTA POLIGLOTA DE CÁRLOS RAMIRO

Calle de Santa Clara, esquina al callejon.

1878

C. J. M. Bandera, Sinod. Suplente

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

CONTRIBUCIONES

AL TRATAMIENTO

DE LOS ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA

ESTUDIO SOBRE LA URETROTOMIA EXTERNA

> Tous ceux à qui j'ai fait la boutonnière, à l'occasion de la rétention d'urine, ont recouvré la liberté du canal, *lorsque l'obstacle s'est trouvé compris dans l'incision.*
>
> PETIT.

TESIS DE RECEPCION

DE

JOSÉ M. GAMA

Practicante
de cirujía mayor en el Hospital de San Andrés.

MÉXICO
IMPRENTA POLIGLOTA DE CÁRLOS RAMIRO
Calle de Santa Clara, esquina al callejon.

1878

A MIS QUERIDOS PADRES

DEBIL PRUEBA DE AMOR FILIAL.

A MI SABIO MAESTRO EN CIRUJIA

EL SR. DR. D. RAFAEL LAVISTA

A mi querido amigo y maestro en Optalmología

EL SR. DR. JOSE M. BANDERA

TESTIMONIO DE ETERNA GRATITUD.

INTRODUCCION

ES un hecho puesto fuera de duda, que la importancia del estudio de las enfermedades está en razon directa de su frecuencia y de la mayor ó menor dificultad de su curacion. Si es un deber del médico estudiar todas y cada una de las numerosas enfermedades de que un individuo puede ser atacado, todo el mundo conviene, sin embargo, y la experiencia lo confirma cada dia, en que es necesario dar la preferencia al estudio de las mas frecuentes, investigando, sobre todo, los mejores medios para su curacion.

Todos los que se hayan tomado el trabajo de hojear los numerosos catálogos sobre los trabajos médico-quirúrgicos emprendidos hasta el dia, habrán notado cómo abundan las monografías sobre el estudio de la neumonía, la tuberculosis, las diversas fiebres, la sífilis, etc., y que pocas son las que existen sobre otros estados morbosos, que si tienen sumo interes anatomo-patológico, poco interesan al práctico y mucho menos aún á la humanidad doliente.

Pues bien, hay una categoría muy numerosa de enfermedades que se producen con una facilidad sorprendente, que se propagan de individuo á individuo, de una familia á otra; que llegan á existir en toda una ciudad, pasan despues á otra, y sin detener su marcha, franqueando los límites de los continentes, extienden su dominio por todo el mundo habitado.

Estas son las enfermedades virulentas, que cuentan como medios de propagacion, los temibles efectos del contagio. En

su etiología figura como única causa de su existencia este agente, ya directo ó indirecto; pero por todas partes y aunque muchas veces parece inexplicable, siempre que un médico se encuentre al lado de un enfermo atacado de alguno de estos estados morbosos, puede asegurar sin temor de errar, que ya directo, es decir, por medio del contacto inmediato, ó ya indirecto, por medio del contacto atmosférico ó mediato, el hecho es, que aquella enfermedad ha sido trasmitida á su enfermo por un segundo que ya la tenia ó por la atmósfera infectada que habia respirado.

Las enfermedades venéreas ocupan entre las virulentas un lugar á que su extremada frecuencia y la facilidad de demostrar su modo de produccion las hacen acreedoras.

No es aquí el lugar de discutir si todas las blenorragias, por ejemplo, son producidas por el contacto de un vírus específico, ó si puede ser otra su etiología, como lo aseguran Ricord, Fournier y Langlebert; pero lo que sí es un hecho admitido por todo el mundo, es que de cien blenoragias, noventa cuando menos son debidas á la inoculacion de un virus y que las producidas por otras causas fuera del contagio son muy poco numerosas y sobre todo, mucho menos graves.

El estudio de la blenoragia, de esa enfermedad tan comun que es difícil encontrar un hombre que á los veinticinco años no la haya tenido, ha sido y es aún emprendido por todos los cirujanos que han fijado siempre su atencion en ella, atendiendo á una multitud de circunstancias sobre las que voy á insistir.

Desde luego la facilidad de su produccion, facilidad que se explica atendiendo á las causas que la producen, hace que su estudio interese á todo el que lo emprende, pues si es muy fácil demostrar su existencia en el hombre, no es lo mismo en la mujer, donde muchas veces pasa desapercibida aun á los ojos de los médicos, siendo, sin embargo, la principal fuente del contagio.

Ademas, la frecuencia de este estado morboso y su benignidad aparente, hacen que el que la tiene se abandone completamente á los progresos de su mal ó conociendo una multitud de remedios que están al alcance de todos, recurra á ellos, bus-

cando un alivio que casi nunca consigue y usando imprudentemente de otros que mas tarde le producirán resultados desastrosos. Hablamos de las inyecciones cáusticas que por mucho tiempo han estado en boga, preconizadas por autoridades muy competentes en la materia, y que ahora, abandonadas por el mayor número de cirujancs, han pasado casi exclusivamente al dominio del público.

La poca ó ninguna gravedad que casi siempre reviste la blenoragia, hace que los enfermos no recurran á los cuidados de un inteligente, sino que por sí mismos ó por los consejos de otro, usen medios peligrosos, y sobre todo, que aburridos de la cronicidad de un escurrimiento, que convertido en blenorrea les molesta poco, esperan tranquilamente que su enfermedad concluya, viendo con imperturbable sangre fria la gota de pus que todas las mañanas aparece en la extremidad de su uretra.

Estos desgraciados no saben que mientras que á sus ojos el mal está reducido á un ligero escurrimiento, en el interior de la uretra se desarrolla una enfermedad séria, que su misma lentitud hace peligrosa, porque pasa desapercibida, hasta que llega un dia en que el paciente nota con sorpresa que el chorro de su orina se adelgaza cada dia mas, que se acorta, y que cae entre sus piernas, mojándolas.

Pero aunque el mal ha progresado, aun es tiempo de acudir en busca de los cuidados de un inteligente; pero no sucede así; la indiferencia continúa, los enfermos siguen abandonando su mal á su propia fuerza, no sufren aun lo suficiente para hacerse curar. No saben que si en esos momentos se pusieran en las manos de un hábil cirujano, se evitarian crueles sufrimientos á sí mismos y graves dificultades al que intenta curarlos.

Pero por desgracia muchos desconocen esto, y pocos son los que en esos momentos se someten á un método curativo. Muchos siguen adelante, acostumbrados ya á las pocas molestias de su mal, pero éste progresa, lo que antes no era sino una blenorragia se ha convertido en blenorrea, viniendo luego la gota, últimos restos del escurrimiento y tras ella uno ó varios estrechamientos de la uretra que necesitan ya la intervencion séria de la cirujía. Pero la uretra estrechada hace que el camino de la orina no esté libre, que se detenga en la vejiga mas de lo

normal; este órgano que no se vacia completamente, se cansa de luchar contra la resistencia que se le opone, y se llena de orina que se descompone, se altera notablemente, inflama las paredes del vaso y viene á producir la cistitis catarral y á veces mas aún, viniendo á complicar la situacion ya triste del enfermo. Pero no es ésto todo, en la uretra como en la vejiga, el mal ha progresado; detras del estrechamiento la orina inflama y acaba por ulcerar las paredes de este canal, la ulceracion llega á perforarlas y la orina alterada penetra en el tejido sub-mucoso, lo inflama, hace prolijerar el tejido conjuntivo, y rodea el canal de un anillo de tejido fibroso que viene á empeorar la situacion. Mas la orina sigue infiltrándose y busca sin cesar un nuevo camino puesto que el normal está obstruido; interviene algun traumatismo ó alguna otra causa y penetra repentinamente y en mas cantidad en los tejidos que le rodean, su presencia allí trae la formacion de un flemon urinoso, éste se supura, se convierte en abceso, crece de dia en dia, hasta que se abre al exterior, dejando escurrir la orina y el pus que contenia.

La orina, buscando un nuevo camino, penetra en el espesor de los tejidos, éstos á su vez tratan de desembarazarse de ella, y ocurren al modo que pueden, se supuran, se convierten en una bolsa que se rompe, dejando salir aquel huésped extraño que les incomodaba.

La naturaleza ha triunfado, la orina se ha abierto un camino como ha podido y por él saldrá en lo de adelante escurriendo sin cesar; el enfermo tiene una fístula y si ésta no basta para la fácil salida del líquido, dos ó mas, ¡triste consecuencia de su abandono!

Pero el paso constante de la orina por estos nuevos canales, tiene sobre ellos la misma influencia que sobre la uretra; les impide cerrarse, les forma una especie de mucosa nueva, que despues inflama y ulcera: por allí se infiltra la orina, el tegido conjuntivo prolifera; la irritacion constante que el líquido alterado ejerce sobre los tejidos, hace que las celdillas irritadas produzcan nuevas, éstas se convierten en fibras, y así poco á poco, de celdilla en celdilla, de fibra en fibra, llega un momento en que todo el escroto, el perineo y á veces hasta el

tejido celular de la nalga, se convierte en una enorme masa de tejido fibroso y hasta fibro-cartilaginoso, por donde corren varios canales, que son otras tantas fístulas rodeadas de aquel tejido durísimo que les impedirá cerrarse. El escroto y la region perineal de estos pobres enfermos, parece en el momento de orinar una regadera, pues se ve salir la orina por cuatro, cinco ó mas aberturas anormales.

En este lamentable estado se presentan muchos enfermos al cirujano, que se ve en la grave necesidad de sujetarlos á una operacion séria: la ojalera perineal ó uretrotomía externa, y aun con ella no siempre se consigue curarlos. Y con razon, el trabajo es duro, es necesario destruir todo lo que, primero la enfermedad y luego la naturaleza habian hecho en tanto tiempo, y para lograrlo emprender primero un trabajo de destruccion y despues de reconstruccion, con el objeto de llevar las partes alteradas á su estado normal.

Pero seria de desear que todos los enfermos llegaran á las manos del cirujano en este estado, que es ya muy grave; mas no sucede así, sea que no pueden, sea que no quieren, el hecho es que muchos pasan de este modo dos ó tres años, y cuando se les explora, se encuentra que la vejiga inflamada y ulcerada los amenaza con un nuevo peligro: la propagacion de la inflamacion á los ureteos y de allí á las pelvis renales, y la aparicion de una pielitis ó una pielo-nefritis, ó bien que la vejiga ulcerada se perfora, produciendo una infiltracion gravísima de la orina, en la region perineal superior, la formacion de un abceso séptico fuera del alcance del cirujano, y la muerte en medio del terrible cuadro de la septicemía aguda ó de la pioémia.

Tal es por desgracia la secuela que siguen los terribles accidentes que vienen á consecuencia de una blenorragia cuyo tratamiento, ó se ha abandonado, ó ha sido mal dirigido, y se ve como lo que al principio no era mas que una enfermedad, si no fácil de curar, al menos susceptible de dominarse con medios ligeros y usados con constancia; se convierte en una lesion profunda, que altera casi todos los órganos del aparato urinario, que compromete sin cesar la vida del paciente y que le expone á los peligros de una ó mas operaciones, difíciles de ejecutar

en una region donde todas las relaciones se han perdido, donde no hay sino tegido fibroso que resiste aun al filo del bísturi, y que aun con ellas no siempre logra su curacion.

Era de creer que una enfermedad que produce tales resultados fuera estudiada por todos, buscando cada cual el mejor medio de curarla; los medios de tratamiento de la blenorragia han sido y son muy numerosos, se han usado infinidad de sustancias, se han empleado diversos métodos, consiguiéndose con todos curar, sin que todos curen siempre: mucho habria que decir sobre esto; mas nuestro objeto no es este.

Pero si el tratamiento de la blenorragia es muy variado, no lo es menos el de sus funestas consecuencias, y en la parte histórica de este ramo de la cirujía, se ve á que infinidad de medios han recurrido los cirujanos, y cómo desde los primeros tiempos de la medicina se han inventado multitud de instrumentos de los que muy pocos han llenado su objeto.

Aquí, como siempre, el tratamiento de los estrechamientos uretrales ha sido perfeccionado de dia en dia, y durante este largo período han nacido los métodos de dilatacion y cauterizacion, etc., hasta llegar á la uretrotomía interna y externa que se han estudiado por los cirujanos, últimamente buscando no solo el mejor medio de practicarlas y los instrumentos mas convenientes, sino la indicacion racional de su empleo y el resultado de la operacion.

Aun discuten los especialistas en qué caso debe emplearse la uretrotomía interna y cuándo la ojalera perineal, limitando casi todos el empleo de la última á los casos extremos sin estar de acuerdo sobre sus verdaderas indicaciones.

Léjos de mí la pretension de llenar este hueco al emprender este trabajo; pero colocado hace dos años, de practicante, en el servicio del Dr. Lavista, en la seccion de cirujía mayor, donde los enfermos de estrechamientos uretrales existen casi siempre, y habiéndolos estudiado al lado de este señor, cuya especialidad en la materia nadie pondrá en duda, he visto hacer la uretrotomía externa repetidas veces, estudiando sus indicaciones, la manera de practicarla, el tratamiento consecutivo, la operacion y el resultado de ella, que casi siempre ha sido favorable.

Además, como el Sr. Lavista tiene sobre la materia ideas enteramente originales, como él ha precisado á mi modo de ver la cuestion de las indicaciones, y como creo que sus ideas tienen la garantía de la exactitud, pues son el resultado de un estudio clínico concienzudo; obligado á emprender un trabajo sobre algun punto para que sirviera de tésis á mi exámen profesional, he escogido el presente por ser de sumo interés práctico, y con el objeto de vulgarizar ideas, que enteramente nacionales, deben ser conocidas de todos nuestros cirujanos, para que estudiándolas, las confirmen si les parecen exactas, ó en caso contrario las refuten, dando esto orígen á una discusion que sin duda será provechosa para los enfermos.

El trabajo que he emprendido, enteramente práctico, no será sino la historia fiel de las observaciones que he recogido y que iré citando oportunamente. Pero como el mejor modo de juzgar de los hechos que se presentan como un punto de práctica es la observacion de los casos que les han dado orígen, copiaré la historia detallada de los que originaron el presente estudio, para que de esta manera se pueda juzgar de la exactitud de las deducciones, no quedando de este modo al que juzgue como causa de error, sino el que los enfermos hayan sido mal observados. Así cada cual podrá interpretar el caso segun sus conocimientos, y sacar las deducciones que le parezcan exactas.

El estudio que hoy presento al jurado como tésis para mi exámen de recepcion, comprenderá en resúmen la historia de la uretrotomía externa, sus fundamentos, las indicaciones y contra indicaciones, el modo de practicarla, el tratamiento consecutivo á la operacion y sus resultados, terminando con las conclusiones que naturalmente resalten de ellos.

Supla á mi insuficiencia en la materia, el buen deseo que me anima de contribuir en algo al estudio de la cirujía, confesando ingénuamente que si algun mérito contiene el presente trabajo, será el de haber dado á conocer hechos de alguna importancia para la práctica de las enfermedades de las vías urinarias.

HISTORIA.

La uretrotomía externa, descrita en las obras antiguas con el nombre de ojalera, es conocida mas generalmente ahora con los de seccion perineal ó de fuera á adentro. El mas conveniente es á no dudarlo el de uretrotomía externa, pues no prejuzga nada sobre el lugar en que se practica la operacion, que puede hacerse en todo el trayecto de la uretra.

Es necesario hacer notar que los autores antiguos confundian con el nombre ya indicado todas las operaciones que dividian la uretra del exterior al interior, ya tuvieran por objeto extraer algun cuerpo estraño, combatir estrecheces infranqueables, ó abrirse paso para llegar á la vejiga. La verdadera uretrotomía externa, de la que referimos la historia, es la que consiste en dividir la uretra y el estrechamiento, sea cual fuere el lugar.

El orígen de esta operacion ha sido atribuido últimamente á los cirujanos ingleses; esto no es cierto : ya Rhazes le menciona y Avicenne habla de ella en estos términos : "hay algunos cirujanos que han imaginado otra nueva vía : hacen una incision entre el ano y los testículos, en la cual ponen una cánula para dar salida á la orina," agregando que era muy comun en su tiempo. Pero los cirujanos antiguos confundian la uretrotomía con la puncion perineal de la vejiga, confusion que se propagó hasta mediados del siglo XVII en que apareció la obra de Tolet. (Traité de la lithotomie, 4.ª edit., pág. 202), quien precisó las indicaciones, y admitiendo, segun dice la práctica de algunos grandes personajes de quienes siguió el método, describe así el modo de practicarla : " Con el fin de asegurarse del camino que se debe seguir al hacer la incision, se introduce la sonda acanalada lo mas que se pueda en el interior de la uretra, y si no hay carnosidades ú otros obstáculos, y si la inflamacion es moderada se llega hasta la vejiga. Un ayudante ó el cirujano tiene la sonda, y observando todas las circunstancias, como en la talla, hace su incision menos baja que para la litotomía, y menos larga ; sobre la canaladura de la sonda, guía el

gorgeret, para introducirlo con mas facilidad en la vejiga. Es bueno que la canaladura sea contínua para que no haya nada que la detenga al pico ó extremidad de la sonda, etc." Este mismo autor habla ya de los casos en que la sonda no penetra hasta la vejiga, sino que es detenida por la estrechez, y aconseja recurrir á un procedimiento que describe con el nombre de pequeño aparato, haciendo notar que la operacion hecha sin conductor es mas laboriosa. Tolet agrega que Thevenin no introducia sonda y hacia una incision entre el ano y los testícu los al lado del rafe mediano.

Poco despues apareció Colot, que en su obra sobre la talla prueba que ya en 1680 se conocian varios procedimientos de seccion perineal externa, y cita el caso (Traité de l'operation de le taille, pág. 242) de un enfermo con un estrechamiento infranqueable, á quien operó haciendo la uretrotomía externa sin conductor.

Hablando en seguida de estos casos graves, se expresa así: "para vencer tantas dificultades me habia propuesto dos cosas, ó disecar el perineo, descubrir la uretra, perforarla y vencer forzando los obstáculos del canal, ó hacer pasar á fuerza un estilete delgado en el pene, hasta abajo del escroto. Esta última maniobra me surtió sin haber intentado la otra; abrí sobre el estilete, introduje por la herida otro mas fino y llegué á la vejiga, metí con fuerza un conductor á lo largo de él, despues otro entre los dos, dilaté, desgarré las callosidades y establecí una supuracion abundante, que volvió las partes alteradas á su estado normal."

Colot habla en seguida de un caso en que hizo una incision profunda sin cortar la uretra, con el objeto de hacer supurar los tegidos indurados, para poder pasar una sonda delgada y operar en seguida sobre ella la incision del canal.

Daran refiere que Col-de-Vilarts, Palfyn y otros, aconsejaban dividir el perineo sobre el pico de una sonda introducida en la uretra hasta el lugar del estrechamiento. Dionis describió en seguida esta operacion con tanta precision, que muchos en su tiempo le atribuian haberla inventado.

Palfyn habla de la operacion de Colot, haciendo de ella grandes elogios, y agregando que es mucho mas segura que el

tratamiento por las bujías; y en las memorias de la antigua Academia de Cirujía, tom. 2.°, pág. 240, se encuentran los detalles de una operacion practicada por Petit, quien despues de describir el modo con que llegó á la extremidad de la sonda acanalada, que habia como los cirujanos anteriores á él introducido hasta el lugar del obstáculo, agrega que introdujo á la vejiga un trócar acanalado, y que despues de haber sacado el punzon y la sonda acanalada, "la abertura del trócar, dice, me sirvió para conducir un bísturi hácia adelante y cortar toda la parte del canal que estaba estrechado." La curacion en este caso fué completa al cabo de un mes.

Petit repitió la misma operacion varias veces, casi en las mismas circunstancias y con el mismo éxito. "A todos los que he hecho la ojalera con motivo de alguna retencion de orina, han recobrado la libertad del canal *cuando el obstáculo habia sido comprendido en la incision.*"

Practicada despues por Ledran, Houin y A. Dubois, siguiendo los mismos procedimientos de los cirujanos anteriores, la uretrotomía externa entró en la práctica de todos los cirujanos notables de la época, que sin embargo limitaban su empleo á los casos extremos de retencion de la orina, ó cuando ninguno de los procedimientos de curacion de los estrechamientos uretrales habia surtido.

Delpech y Roux la practicaron despues, el último en 1829 por primera vez, en un enfermo que afectado de retencion de orina por un abceso urinoso del perineo, no habia sido posible sondear. Por último, entre los cirujanos modernos, Sedillot ha sido uno de los que han practicado mas la uretrotomía externa, defendiendo sus ventajas, aun practicada sin conductor, contra los rudos ataques que Desault y su escuela le habian dirigido, haciéndola caer en desuso.

Tal es, en resúmen, la historia de la uretrotomía externa en Francia, donde parece que se estudió por primera vez por los cirujanos del siglo XVII: en Inglaterra parece que los cirujanos antiguos no se habian ocupado sériamente de esta operacion, y en la obra de uno de los mas ilustres, R. Wiceman, se habla por primera vez de una operacion que le habia admirado mucho, y que segun H. Thompson seria una de las mas an-

tiguas que en Inglaterra se habian hecho para curar un estrechamiento.

Despues de Wiceman es necesario pasar á John Hunter, (1773) que accidentalmente se ocupó de la uretrotomía, que practicaba sobre todo en los casos de falsas vías. Bronfield, al hablar del tratamiento de las coartaciones uretrales, se limita á indicar de paso la puncion perineal. Samuel Cooper, que ha expuesto con algunos detalles los diferentes modos de tratar los estrechamientos en Inglaterra, reproduce las ideas de Hunter sobre la uretrotomía.

Despues de Hunter, su pariente E. Home habla de la uretrotomía externa, diciendo que es un método muy aventurado, y que necesita gran destreza de parte del que la aplica.

Pero gracias á la impulsion que el célebre Hunter habia dado á la cirujía inglesa, los trabajos sobre los estrechamientos uretrales se multiplicaron, y en 1822 J. Arnott hacia notar á la Academia de Cirujía que la uretrotomía externa debia ser reservada á los casos extremos.

Despues de James Arnott, Guthrie en 1836, recordando los métodos que Grainger y en seguida Charles Bell habian recomendado á los cirujanos en 1816, métodos que consisten en abrir la uretra por el perineo ó el escroto, ya en la línea média, ya en los lados, preconizaba en sus lecciones al Colegio de los Cirujanos, la seccion externa en los casos de estrechamientos infranqueables, indicando los métodos de practicarla, que no diferian de los usados por los cirujanos que la practicaron antes que él.

Las ideas de Guthrie fueron seguidas por Liston y Brodie, que con ligeras modificaciones practicaron la ojalera perineal, siendo á su vez imitados por los cirujanos que les sucedieron.

Por último, en 1844 Syme se ocupó detalladamente de la uretrotomía externa, y él en Inglaterra y Sedillot en Francia, han tratado de vulgarizarla, insistiendo el primero sobre la que se practica sobre un conductor, no admitiendo los estrechamientos infranqueables, y sosteniendo el segundo las ventajas de la uretrotomía sin conductor, haciendo notar las inmensas dificultades que hay muchas veces para introducir aun la candelilla mas fina.

Entre nosotros la uretrotomía externa ha sido, como en el extranjero, practicada por nuestros cirujanos mas hábiles, pero como ellos limitando casi todos su empleo á los casos extremos en que algun accidente grave comprometia sériamente la vida del enfermo, ó cuando á sus ojos no habia otra cosa que hacer.

El Sr. Lavista es uno de los que han practicado esta operacion mayor número de veces, y en oposicion á la práctica comun, ha usado de la ojalera perineal como método curativo, no solo de los estrechamientos infranqueables, que á decir verdad son muy raros, sino que la ha extendido á otros casos, estudiando sus indicaciones, modificando sus procedimientos segun las circunstancias, y dando los fundamentos científicos del éxito de la operacion.

En el curso del presente estudio se verá cómo las indicaciones de la uretrotomía externa son mas numerosas y mucho mas ciertas de lo que los cirujanos antiguos habian creido.

CONSIDERACIONES etiológicas de los estrechamientos uretrales, en qué se funda la uretrotomía externa, sus indicaciones y contraindicaciones, paralelo entre la uretrotomía externa y la interna.

I

Entre las numerosas causas que los autores han señalado como capaces de producir los estrechamientos de la uretra, ocupan el primer lugar los escurrimientos de este canal, resultado de una inflamacion sea ó no virulenta. La blenorragia, y sobre todo la blenorrea, traen despues de un tiempo mas ó menos largo, y sobre todo, cuando no han sido tratadas ó que lo han sido usando de ciertos medios de que despues hablaré, una diminucion mas ó menos notable del canal de la uretra, es decir un verdadero estrechamiento.

Era de suponer, atendiendo el mecanismo de su produccion, que toda inflamacion crónica de las paredes de la uretra trajera á la larga una diminucion de su calibre. Los autores antiguos creian indispensable la existencia de un trabajo ulceroso circunscrito, que al cicatrizar trajera la formacion de un tejido inodular, que por sus propiedades retractiles estrecharia indispensablemente la uretra; tal era la opinion de Cruveilhier, que no concebia de otra manera la patogenia de los estrechamientos inflamatorios.

Reybart decia que la inflamacion no produce los estrechamientos sino con la condicion indispensable de producir un tejido anormal de nueva formacion, y esto, dice él, con la regularidad invariable que una misma causa en circunstancias idénticas produce siempre los mismos efectos. Guerin, despues del análisis de cincuenta casos, sacaba las conclusiones siguientes: primero, los estrechamientos fibrosos no provienen casi nunca de la produccion de un tejido inodular: segundo, nunca se encuentran falsas membranas en la superficie de la mucosa de la uretra: tercero, las fungosidades á que se atribuye la blenorragia no pueden ser sino hechos excepcionales: cuarto, la mucosa de la uretra no es el único sitio de los estrechamientos, y en todos los casos que yo he observado, la modificacion de estructura de esta membrana era la consecuencia de una lesion situada fuera de ella: quinto, en una gran mayoría de casos los estrechamientos de la uretra son debidos á la retraccion de las fibras endurecidas del tejido reticular que está debajo de la membrana mucosa, siendo el punto de partida de su produccion, un depósito de linfa plástica.

Los autores modernos distinguen dos variedades de estremientos, que llaman fibrosos ó fibroides; esta division, establecida por Gosselin, se refiere sobre todo á una lesion de grado, es decir, de la mayor ó menor cantidad de tejido que constituye las paredes del canal en el punto estrechado, y de su mayor ó menor poder de retraccion. Pero que el estrechamiento sea fibroide ó fibroso, el hecho es que siempre hay un tejido de nueva formacion producido por la proliferacion del tejido conjuntivo sub-mucoso, resultado de la irritacion crónica de las celdillas. Este nuevo tejido goza de propiedades elásticas mas ó

menos marcadas, ó de la facultad de retraerse mas ó menos, segun predominan en él las fibras elásticas ó un verdadero tejido fibroso. Todo el mundo sabe que una de las causas de la divergencia de los autores sobre esta cuestion, es lo raro de las autopsias en los casos de estrechamientos; por mi parte, en las que he visto, siempre se encontraron las paredes de la uretra con un espesor cuando menos doble del normal, cosa que no podia ser sino por la produccion de un nuevo tejido que tenia todos los caractéres del fibroso mas ó menos puro.

En otras, el espesor de la pared en el lugar estrechado, era tan considerable, que no habia lugar á dudar de la existencia de un trabajo de hiperplasía en los tejidos que rodean á la uretra.

Pero volviendo á la influencia que la blenorragia tiene sobre la produccion de los estrechamientos, es necesario notar que aunque admitida por todos, ha sido exagerada por unos y limitada por otros; que algunos no le dan mas que una importancia indirecta, atribuyendo el estrechamiento no á la enfermedad misma, sino á los medios terapéuticos que se emplean para curarla; mientras que otros niegan enteramente la influencia del tratamiento, y lo atribuyen todo á la enfermedad.

Todos los cirujanos que con Hunter no atribuyen á la blenorragia sino una débil parte en la produccion de los estrechamientos, han recurrido á una multitud de objeciones, que son verdaderos subterfugios y que carecen absolutamente de valor; explican, por ejemplo, muchos estrechamientos por la accion del frio, y apoyándose sobre un hecho falso, hacen notar que no existen estrecheces en la fosa navicular, no obstante que allí predomina el trabajo inflamatorio. Las investigaciones de Civiale han probado con datos numéricos, que los estrechamientos en las dos extremidades de la fosa navicular, si no son los mas comunes, sí se suelen encontrar con frecuencia, y además que es ser demasiado esclusivo al decir que la extremidad de la uretra es el sitio mas comun de la gonorrea, solo porque allí aparece el escurrimiento y los enfermos se quejan de dolor en la extremidad del pene. El pús viene muchas veces de regiones mas profundas del canal, sobre todo de la region bulbo-membranoso, y todos sabemos cuán comun es que los enfer-

mos refieran en las enfermedades de las vías urinarias sus sensaciones dolorosas á la extremidad peniana.

En cuanto á la influencia de las inyecciones cáusticas, los partidarios de las ideas de Hunter la han negado igualmente; pero si es cierto que ha sido muy exagerada, es necesario convenir que además de que á priori se concibe perfectamente que los cáusticos, produciendo una ulceracion superficial del canal á la caida de la escara, traigan mas tarde una cicatriz con todas las propiedades retráctiles del tejido inodular; el tratamiento antiguo de los estrechamientos por la cauterizacion, y algunos casos como el que se encuentra en Civiale (Maladies des Vies Urinaires, tom. 1.°, pág. 171) prueban la influencia perniciosa de las inyecciones de que hablamos. Sin embargo, conviene recordar que las estrecheces de la uretra por tejido inodular son las mas raras, y ya vimos en las conclusiones de Guerin como este autor dice que no se encuentran casi nunca.

Para tranzar la cuestion de la influencia de la gonorrea sobre la produccion de los estrechamientos, y sobre el poder que en su produccion tienen las otras causas, se hacia preciso recurrir á la estadística: lo siguiente, que copiamos de Thomson, (The pathology and traitement of stricture of the uretra, 1854, pág. 153) y algunas otras, prueban que evidentemente es indudable el poder de la blenorrea, enseñándonos, además, la época en que aparecen los primeros síntomas de los estrechamientos consecutivos á ella.

En doscientos veinte casos, Thomson ha encontrado como antecedentes:

Inflamacion gonorréica	164
Violencias sobre el perineo	28
Cicatrizacion de chancros	3
„ „ „ pagedénicos	1
Oclusion congénita, casos en que la uretra es pequeña por su mala conformacion, con irritacion excesiva en los órganos urinarios y chorro de orina muy delgado	6
Efectos del nitrato de potasa, de la litotricia, de la masturbacion, cada una un caso	3
A la vuelta	213

De la vuelta........	213
Estrechamiento inflamatorio, coartacion temporal, retencion de orina, inflamacion aguda causada por excesos.	8
Estrechez espasmódica por irritabilidad de la uretra.....	2
Estrechez sin causa determinada......................	2
Acidez ó alcalinidad exagerada en la orina.............	3
	220

Entre los primeros 164 casos, la coartacion se produjo:

Durante ó despues de la enfermedad..................	10
En el curso del primer año..........................	71
Tres ó cuatro años despues..........................	41
Siete á ocho años..................................	22
En un período de veinte y mas años..................	20
	164

Entre los mismos casos atribuidos á la blenorrea:

En 90 la inflamacion fué crónica ó descuidada. En 3 la estrechez fué atribuida á una inyeccion fuerte. En 6 el escurrimiento cesó pronto y enteramente. En 5 de estos casos la estrechez se habia declarado inmediatamente despues.

En 4 la estrechez apareció durante la blenorrea. En los 61 casos restantes no habia ninguna relacion con la cronicidad de la inflamacion.

En los 17 casos tratados por la uretrotomía externa que sirvieron para el presente estudio, habia como antecedentes una ó varias blenorreas, y los primeros accidentes aparecieron despues de uno ó mas años del padecimiento, en un caso, veinte y veinticinco años despues de la blenorrea.

Para concluir, diré que no he visto ningun enfermo con estrechamiento de la uretra, en el que no haya habido una blenorragia como antecedente.

Respecto á la influencia de los instrumentos mal dirigidos, como sondas, litritores, etc., y á la de la cauterizacion de la uretra, es bien conocida, y no haré mas que recordarla; pero como no sucede lo mismo con el poder etiológico de las incisio-

nes longitudinales como causa de estrechamientos, y como en eso están fundadas la uretrotomía interna, y sobre todo la externa, trataré esta importante cuestion al estudiar los fundamentos de la uretrotomía de fuera á adentro.

II

El método de curacion de los estrechamientos uretrales por los procedimientos de uretrotomía interna y externa, ó método de las grandes incisiones, nació de esta idea emitida ya hace mucho tiempo por los cirujanos antiguos: las incisiones longitudinales de la uretra no producen nunca estrechamientos. ¿Es esto cierto? Vamos á tratar de demostrarlo, recordando las razones, citando las experiencias que los cirujanos han hecho para probarlo, y enumerando los hechos que á nuestro modo de ver lo confirman de un modo indudable.

Civiale ha sostenido que las incisiones longitudinales pueden traer consecutivamente la estrechez del canal uretral, pero para probarlo se limita á decir que los que han creido lo contrario fundando en ello el procedimiento de uretrotomía, se han hecho ilusiones, como lo prueban, dice, "la analogía, los hechos directos y los que se refieren al mismo estrechamiento."

Pero dónde están esos hechos directos y dónde los que se refieren á la uretrotomía? ¿por qué no los cita el autor de que hablamos y se limita á mencionarlos simplemente?

Evidentemente los hechos faltan, y en teoría como en práctica, es muy difícil sostener ó imposible de probar que una incision perfecta, enteramente longitudinal y hecha con un instrumento perfectamente cortante, como la lámina de un uretrotomo ó el filo de un buen bísturi, traiga consecutivamente un estrechamiento. Y si es posible suponer que tal suceda cuando la incision se haga en un canal en que las fibras tiendan á separar los lábios de la herida, esta posibilidad cesa al recordar la estructura normal de la uretra, cuyas fibras circulares poco desarrolladas no tienen esta tendencia, puesto que en el estado normal por el contrario, disminuyen el calibre del

canal, cuyas paredes están, por decirlo así, pegadas una á la otra, y no se separan sino para dar paso á la orina; y las circunstancias enteramente excepcionales en que se encuentran las paredes uretrales en los lugares de la estrechez, donde el nuevo tejido tiene una tendencia tan marcada por su retractilidad á disminuir mas y mas el calibre uretral, y por consecuencia á juntar los lábios de la herida.

Si en estas circunstancias se dejara la cicatrizacion abandonada á sí misma, vendria una cicatriz enteramente lineal, que si al principio formaria una ligera saliente en la pared de la uretra, despues se estrecharia mas cada dia, quedando por último reducida á un ligero hundimiento lineal que seria el único vestigio de la incision. Y si por el contrario, como se hace casi siempre, despues de la incision se trata de dilatar el canal, obligando á los lábios de la herida á cicatrizar separadamente, formando por decirlo así parte de la pared, entonces, aunque la cicatriz sea mas ancha, dado caso que se retrajera, nunca volveria á estrechar el canal al grado en que estaba antes de practicada la incision; si esto no fuera así, si sucediera lo contrario, la uretrotomía daria á la larga resultados contraproducentes. Pero los cirujanos quisieron para probar la inocuidad de las incisiones longitudinales, recurrir á la esperimentacion como último argumento en favor de las ideas que sostenian. Las experiencias que hicieron en el perro, y que cita el mismo Civiale, dieron resultados satisfactorios, aunque él los califica de incompletos.

Pero como si esto no bastara, y haciendo á un lado todos los razonamientos teóricos, los hechos han venido á confirmar plenamente lo que ya en teoría se habia sostenido con éxito.

En la operacion de la talla perineal, operacion repetida inumerables veces por todos los cirujanos, y en la que se hace una incision á la uretra bastante grande y que comprende todo su espesor, casi nunca se han observado en las personas que han sobrevivido los estrechamientos consecutivos; y en los casos excepcionales en que la uretra se ha estrechado, siempre ha sido ligeramente; entonces los estrechamientos se pueden atribuir con justicia á las desgarraduras que el cálculo voluminoso hizo al pasar por la herida de la uretra para ser extrai-

do. Pero aquí las circunstancias varían enteramente, y ya no es una herida neta, sino una incision cuyos lábios han sido desgarrados por el paso de la piedra; así sí se comprende cómo la cicatriz de una herida desgarrada traiga á la larga por su retraccion la disminucion del calibre del canal. Tan cierto es esto, que siempre que se ha abierto la uretra haciendo una verdadera talla, pero no con el objeto de extraer un cálculo, sino para llegar hasta la vejiga por otro motivo cualquiera, como citaremos un caso, nunca se ha observado, al menos que yo conozca, la estrechez consecutiva á la incision.

La historia del enfermo á que hacemos alusion, es la siguiente. A mediados del año pasado, y por el mes de Marzo, entró á la sala de cirujía mayor en el Hospital de San Andrés, sala del Dr. Lavista, Hilario Diaz, hombre bien constituido, de cuarenta años de edad, que ejercia el oficio de cargador, y presentaba todos los caractéres del temperamento sanguíneo bien marcado. Enfermo hacia varios meses de un padecimiento vecical, cuyas causas ignoraba, se quejaba sobre todo de un fuerte pujo en la vejiga, que le atormentaba cruelmente, obligándole á orinar gota á gota y sin cesar, sin dejarle ni un momento de reposo. Este pobre hombre presentaba sus órganos genito-urinarios exteriores en perfecto estado; no existian en él los vestigios de ningun chancro, ni las cicatrices que dejan los bubones supurados, ni recordaba haber tenido una blenorragia fuerte, ó si la tuvo habia dejado su uretra en perfecto estado. Su orina roja, no muy abundante, y fuertemente cargada de moco, daba á conocer claramente que en la vejiga existia un catarro antiguo. Pero el pujo era lo que mas predominaba en él, el cuello de la vejiga era á no dudarlo el sitio de una irritacion que mantenia un estado espasmódico constante que le hacia sufrir mucho, y que, como dijimos, le obligaba á orinar sin cesar. Lo que habla tambien en favor de que el cuello vecical estaba, sobre todo, enfermo, era que este hombre no podia estar sino en una situacion mas ó menos horizontal, y que tan pronto como se paraba, principalmente cuando daba algunos pasos, le venia el espasmo del cuello con tal fuerza, que ocasionándole vivos dolores le obligaba á tomar la posicion supina que era en la que relativamente sufria menos. La causa de

este espasmo del cuello cuando estaba en pié, no podia explicarse sino por el estado inflamatorio del cuello vejical, donde la orina en esta situacion venia á juntarse, provocando por su presencia allí la contraccion del esfincter de la vejiga. Pero lo que en el caso actual llamaba la atencion, era que la orina unas veces roja, amoniacal, fuertemente cargada de moco, presentaba otras veces un aspecto enteramente límpido, como la que da un individuo sano. Este cambio frecuente de las cualidades de la orina, la presencia algunas veces de ligeros rasgos de sangre, aquel pujo rebelde del cuello vecical, y por último la falta absoluta de causas que explicaran aquel estado de la vejiga, obligaron al Sr. Lavista á tomar la determinacion de operar al enfermo, como diremos mas adelante.

Tratado por espacio de mas de dos meses por todos los medios de que dispone la ciencia, viendo la ineficacia de los balsámicos empleados de varios modos, de los alcalinos, de los baños, de las inyecciones de todas clases hechas en la vejiga con el objeto de moderar aquel catarro vecical, como tambien la inutilidad de todas las preparaciones narcóticas para calmar aquel espasmo del cuello y los crueles dolores que le producia al desgraciado enfermo, se decidió, como dijimos hace poco, el hacerle una verdadera talla, medio lateralizada, que tenia las dos importantes indicaciones, primero, de dividir el esfincter vecical, y ver si de este modo cesaba aquel estado espasmódico del cuello, y segundo, de abrirse paso á la vejiga para ver si existia allí algun neoplasma, sea cual fuere su naturaleza, que era de sospechar atendiendo á las circunstancias que hemos mencionado ya. La operacion, aunque séria, iba á servir como único recurso de tratamiento y á la vez como medio de diagnóstico para investigar qué existia en aquella vejiga que explicara aquel estado, y en caso que se encontrara algo, estirparlo con mas ó menos facilidad. Inútil es decir que en las muchas veces que se sondeó al enfermo para hacerle las inyecciones, y en las numerosas que se le exploró usando de la anestesia, nos habiamos convencido: primero, de que la uretra estaba enteramente libre, pero tan excitable, que bastaba dejar la sonda suelta para que la contraccion del cuello vecical y la del canal urinoso la arrojara con fuerza á algunos pasos del en-

fermo; y segundo, de que en la vejiga no existia ningun cálculo que explicara la enfermedad.

Decidida la operacion, fué hecha por el Sr. Lavista con la destreza que le es característica, y despues de ella el ámplio camino que quedó para llegar á la vejiga, sirvió para introducir el dedo hasta el recipiente urinoso; el Sr. Lavista, algunas personas y yo creimos tocar algun cuerpo blando situado en la pared anterior de la vejiga, inmediatamente arriba del cuello, y que bien podia explicar los accidentes. Esto fué lo único que se encontró; pero ¿qué era aquello que sentiamos? ¿era algun neoplasma de la pared vecical, ó por el contrario, la pared misma fuertemente inflamada, y que el estado de retencion de la vejiga vacía, hacia que apareciera con los caractéres de un tumor? siempre he creido esto último, pero como no habia datos suficientes para proceder, atendiendo á que el diagnóstico no se habia hecho, se optó por ampliar la herida por medio de una cuña hecha convenientemente con la raíz de genciana, y esperar por un camino mas ámplio hacer una nueva exploracion, esperando que tal vez daria mejores resultados.

Pero el enfermo que vió con la operacion cesar el pujo que tan cruelmente le molestaba, no cedió sino con resistencia á la aplicacion de aquel cuerpo dilatador, que no pudo soportar, pues su permanencia le ocasionaba nuevos dolores. Por esta circunstancia, y porque la cicatrizacion de la herida se hacia con tal rapidez que en pocos dias se estrechó notablemente, se hizo imposible otra nueva exploracion, que probablemente no habria dado resultados.

El enfermo, que en los primeros dias sufrió algunos dolores y tuvo una ligera reaccion, que cedió al sulfato de quinina, marchó en seguida perfectamente, y á los quince dias de operado se logró la cicatrizacion. Sin embargo, el pujo que en los primeros dias se habia quitado, reapareció aunque menos fuerte; entonces se continuó el uso de las inyecciones vecicales, y poco á poco el espasmo del cuello fué disminuyendo, hasta hacerse soportable. Pero durante el curso de los dos meses que permaneció en el Hospital despues de la operacion, apareció un nuevo accidente que molestaba á nuestro pobre

enfermo, casi tanto como su espasmo vecical, era un tenesmo constante en el recto que le ocasionaba crueles dolores. Explorando por el ano, nada se encontró que explicara aquel nuevo síntoma. Pero un dia por fortuna el enfermo despues de evacuar haciendo grandes esfuerzos, me llamó para enseñarme algo que le habia salido por el ano, me acerqué á el y con agradable sorpresa ví un pólipo mucoso, un verdadero mixoma, que el enfermo no mantenia fuera del ano sino merced á grandes esfuerzos; inmediatamente lo tomé con un lienzo, lo estiré hasta hacer salir el pedículo, que era delgado, pero bastante largo, puse mi ligadura lo mas cerca que fué posible del punto de implantacion, y corté abajo de ella con unas tijeras. El pólipo era del tamaño de una almendra, y era, como ya he dicho, de naturaleza mixomatosa.

El enfermo se mejoró, pero continuó con su tenesmo rectal, aunque ya muy soportable, y su pujo vecical casi enteramente curado, el catarro de la vejiga habia cedido al uso de las inyecciones de biborato de sosa en una mezcla de glicerina y agua. Una nueva exploracion hecha en el recto fué tan infructuosa como las anteriores, pero era de suponer, puesto que los accidentes continuaban, aunque ligeros, que existieran otros pólipos implantados probablemente muy altos en la mucosa del recto.

Por el mes de Octubre el enfermo salió del hospital notablemente mejorado, siendo de notar que tres meses despues de la operacion, su uretra estaba tan libre de toda estrechez, que admitia con entera facilidad y como un canal enteramente normal, una sonda de plata del grueso ordinario, y las mas gruesas sondas elásticas.

De la historia que acabamos de referir resaltan muchos hechos importantes; pero por ahora solo haremos notar la inocencia de la incision longitudinal de la uretra que no produjo ninguna estrechez consecutiva, en apoyo de lo que venimos sosteniendo, dejando para mas tarde hablar de la indicacion de la uretrotomía perineal, y de la poca gravedad de esta operacion.

Pero no solo las simples incisiones longitudinales de la uretra no producen la estrechez consecutiva de este canal, co-

mo hemos intentado demostrarlo, sino que vamos á citar dos hechos que prueban que las pérdidas de una parte de la pared del canal son susceptibles de reparacion, sin traer despues estrechamientos de la uretra.

El primero de estos casos se refiere á Juan Encarnacion Martinez, hombre de 49 años, bien constituido, y que ocupó el núm. 9 de nuestra sala de cirujía; este enfermo, que entró á la sala el 9 de Setiembre del año pasado, presentaba al ser observado á la hora de la visita, el aspecto de una persona con un fuerte acceso de intermitentes durante el período de frío; llamaba desde luego la atencion, su cara pálida y terrosa, sus ojos saltados, las facciones descompuestas, la piel fría y el sudor helado que escurria de su frente, todo esto acompañado de un calosfrío tan fuerte, que se cernia, por decirlo así, en la cama, que mecia fuertemente. El Sr. Lavista no se engañó ni por un momento, y antes de descubrir al enfermo y de dirigirle alguna pregunta, nos anunció que aquel hombre sufria probablemente los efectos de una reabsorcion urinosa, resultado de una infiltracion. Efectivamente, al descubrirlo se notó en la region perineal un enorme foco, con una fluctuacion bien marcada y enteramente superficial, que obedeciendo á la indicacion inmediata, fué abierto luego, dejando escurrir una cantidad notable de un pus mezclado con orina, de una fetidez insoportable, parecida á la de los abscesos estercolares. Hecha la incision, que fué muy ámplia, se encontró la uretra con su pared inferior destruida en una extension de cuatro centímetros: allí no se tocaba sino la pared superior, que le daba el aspecto de una canaladura. Al tomar los antecedentes, se supo que este hombre habia padecido varias blenorragias, que despues le vino una dificultad de orinar que se aumentaba de dia en dia, y que á consecuencia de un golpe en el perineo le habia aparecido una hinchazon en la region bulbar, que poco á poco se convirtió en absceso, ocasionándole crueles dolores é impidiéndole la salida de la orina. El estado general de este pobre era ese dia muy grave, el calosfrío muy intenso, la temperatura de cerca de 40 grados, y el pulso, muy concentrado, pequeño y muy débil. Despues de la incision el calosfrío cesó inmediatamente, y el enfermo sintió luego un alivio notable, se le puso

una curacion desinfectante, se le mandó dar una fuerte dósis de quinina, un poco de vino de quina, se le alimentó bien, y se esperó que la cicatriz viniera poco á poco á llenar aquella gran herida y á reparar la urêtra. Se juzgó prudente el no sondearlo sino á la mañana siguiente.

Al siguiente dia todo iba muy bien, el calosfrío no habia vuelto á aparecer, la calentura habia cesado, el enfermo durmió perfectamente, y sus facciones expresaban una calma perfecta, la orina habia escurrido por la herida: en resúmen, el cuadro habia cambiado enteramente. Se intentó pasar una sonda de plata, y con ligeras dificultades, y guiando la punta, con el índice izquierdo introducido en la herida, se llegó á la vejiga; entonces se pudo tocar perfectamente la sonda, introduciendo el dedo en la incision, en una extension considerable, como dijimos al principio.

Desde este dia el enfermo siguió mejorando sin cesar, se le puso todos los dias una curacion simple con bálsamo negro para excitar la cicatrizacion, y ocho dias despues se le comenzó á pasar diariamente una sonda de plata del grueso comun, que cada dia era introducida con mas facilidad. La cicatriz no se hizo esperar mucho, la herida iba cerrando cada dia mas, la orina no salia por allí sino en pequeña cantidad, y comenzaba á escurrir en abundancia por la uretra.

A principios de Octubre no quedaba de la incision sino una pequeñísima abertura, por donde no salian ya sino ligeras cantidades de orina; la uretra estaba enteramente libre, y la sonda no encontraba ningun tropiezo al ser introducida; por fin la incision cicatrizó por completo, y el enfermo, enteramente curado, salió de alta el 17 de Noviembre, treinta y ocho dias despues de entrado al Hospital.

Este hombre habia sufrido algo mas que una uretrotomía externa, hecha parte por el cirujano y parte por la lesion que habia destruido su uretra en un buen trecho de su pared inferior, y sin embargo, quedó con su canal tan libre, como si nunca hubiera padecido el menor accidente.

Poco tiempo despues tuvimos ocasion de observar el siguiente caso, que tiene alguna analogía con el que acabamos de referir.

José de la Luz Muñoz era un viejo bien constituido, que ocupó la cama núm. 30 del departamento de cirujía, este hombre, que negaba todo antecedente de parte de la uretra que explicase su lesion, contaba sin embargo que el 1.º de Noviembre del año pasado tuvo una fuerte comezon en la uretra, que se comenzó á hinchar el perineo inmediatamente abajo del escroto, y que se le formó un tumor que se abrió pocos dias despues, dando salida á un pus mal ligado y muy fétido. Al explorarlo se le encontró la region bulbar de la uretra hinchada, y con una coloracion violacea que indicaba un trabajo inflamatorio antiguo; un orificio fistuloso, que apretado dejaba salir una sánia sanguinolenta, y la uretra rodeada enteramente en este punto por un anillo de tejido fibroso que le daba el aspecto de un cordon duro. Se le exploró el canal uretral, y se le encontró al nivel del bulbo un fondo de saco y una estrechez considerable, la sonda no pasó de allí y solo penetró siete centímetros y medio, se intentó pasar una candelilla de Maisonneuve, y no fué posible; pero despues de muchas dificultades al fin se logró introducir el conductor del uretrótomo del mismo autor, y acto contínuo se le hizo la uretrotomía interna. Inmediatamente fué posible la introduccion de una sonda de plata, y sobre ella se procedió á hacer una ojalera perineal en la region del bulbo, que comprendia todas las partes induradas, cayendo sobre el lugar de la fístula. Hecha la incision hasta llegar á descubrir la uretra, se encontró este canal como en el caso anterior, destruido por el trabajo de supuracion que se habia hecho detrás del estrechamiento; la pared inferior de la uretra habia sufrido una pérdida de sustancia considerable.

La incision del perineo trajo por un trabajo de supuracion la destruccion de aquella masa de tegidos de nueva formacion que rodeaba la uretra, viniendo en seguida la cicatriz, y con ella la reparacion de la pared de este canal, que habia sido destruida. Desde entonces el enfermo mejoró de un modo notable, la herida perineal cerró enteramente, la orina salia con facilidad por el canal uretral y gracias al paso diario de una sonda de plata, éste quedó enteramente libre, salvo un ligero tropiezo al nivel de la válvula, que dijimos, formaba un fondo de saco delante del extrechamiento. El enfermo, en perfecto alivio, sa-

lió de alta á fines del pasado Enero, dos meses despues de la operacion.

Estos dos casos, de los que no hemos referido sino los detalles indispensables, prueban mas, que todas las razones teóricas que pudieran alegarse, la inocuidad de las incisiones longitudinales de la uretra, pues nos demuestran que no una simple incision, sino una pérdida considerable de la pared uretral, es susceptible de repararse sin dejar consecutivamente el estrechamiento del canal.

Esta reparacion de la pared uretral no es debida á un tejido de cicatriz, porque si fuera así, su retraccion traeria, á no dudarlo, un estrechamiento mas ó menos marcado; sino que las celdillas de la pared de la uretra, proliferando en los bordes de la herida, producen nueva uretra con todas las cualidades de la que ha sido destruida, en virtud de la facultad que tienen las celdillas primordiales ó indiferentes de producir uretra donde ésta se necesita, como producen hueso donde éste es indispensable, ó tegido nervioso en la cicatriz de un nervio. Esta facultad de la celdilla primitiva ó embrionaria, descubierta y bien estudiada por Virchou, ha servido para explicar una multitud de procesos de reparacion, que antes eran imposibles de comprender.

La inocuidad de las insiciones longitudinales de la uretra y la fácil reparacion de las pérdidas de sustancia de este canal, son las primeras bases en que se fundan los procedimientos de uretrotomía, aplicables tanto á la interna como á la externa. Pero este último se apoya, sobre todo, en las alteraciones que las partes que rodean la uretra llegan á sufrir en los estrechamientos inveterados y complicados de fístulas perineales y en la insuficiencia é imposibilidad de practicar la uretrotomía de dentro á fuera.

Hay una categoría muy numerosa de enfermos afectados de estrechamientos, en quienes la inflamacion crónica del canal se extiende al tejido situado debajo de las paredes de la uretra, ó mas bien dicho, en contorno de este canal; trayendo la proliferacion del tejido y la formacion de uno nuevo que viene á formar á la uretra, una nueva pared exterior, encasquillándola, por decirlo así, en un tubo fibroso de paredes durísi-

mas. Cuando con los estrechamientos, existen fístulas mas ó menos numerosas, la proliferacion celular del contorno uretral se extiende no solo á la periferia del canal, sino á todas las partes blandas cercanas; y músculos, apeneurosis, vasos, nervios etc., todo se convierte en tejido fibroso, muy resistente y apenas vascularizado que forma una enorme masa que se extiende de la piel á la uretra; este tejido, que es el resultado de la infiltracion lenta y contínua de la orina en las partes blandas, resulta naturalmente de la proliferacion celular que viene á consecuencia de la irritacion constante de las celdillas conjuntivas por la orina que las baña sin cesar. Como esa infiltracion urinosa, aunque constante, se hace en pequeña cantidad, si es suficiente para hacer proliferar los tejidos, formando nuevos, no lo es para producir una irritacion tan activa que se convierta en una inflamacion aguda que termine por la fusion purulenta de la region. Por otra parte, si la fusion de los tejidos era posible al principio, no lo es despues, cuando éstos son tan resistentes que no se dejan penetrar por la orina sino con dificultad, sin perder, sin embargo, la facultad de seguir aumentándose cada vez más.

Este nuevo tejido que rodea la uretra, hasta las partes blandas, y que forma cuando está circunscrito ó limitado, lo que se ha llamado tumor urinoso, y que de hecho es un verdadero fibroma de causa particular y que podria llamarse fibroma urinoso, poseé al mas alto grado el poder retractil que hace que el punto estrechado del canal esté en un estado de atrésia absoluto, incapaz de dilatacion.

Si en un enfermo en estas circunstancias se intenta la uretrotomía interna, dado caso que sea posible introducir la candelilla ó el conductor y se hace, como generalmente sucede, una incision á la uretra en la pared superior como con el uretrotomo Maisonneuve que es el único que se usa actualmente; no se corta la uretra sino precisamente donde la lesion está menos avanzada y donde las resistencias á la dilatacion y por consiguiente las alteraciones del canal son menos marcadas.

Cortada la pared superior y obligados los lábios de la herida á dilatarse por el paso de la sonda, la dilatacion que se

obtenga será simpre á expensas de la parte superior de la uretra; y la pared inferior, allí donde están los orificios fistulosos y el tejido fibroso que está abajo de ella y que opone una resistencia invencible, puramente mecánica á la dilatacion, quedan intactos, oponiéndose á la curacion y haciéndola imposible. Pero no solo es ésto, sino que aun cuando se cortara por lo uretrotomía interna la pared inferior del canal, la pequeña incision de la uretra no bastaria nunca, porque el tejido fibroso subyacente quedaria como en el caso anterior intacto, y se opondria á la dilatacion del canal.

En estas circunstancias, la uretrotomía externa es indispensable por varias circunstancias. Primera: porque generalmente es la única practicable, atendiendo á la imposibilidad de introducir el uretrotomo. Segunda: porque corta la uretra en la pared inferior, donde las alteraciones son mas marcadas. Tercera: y principal, porque es la única que llena y explica completamente el mecanismo de la curacion.

Efectivamente, no basta como hemos dicho ya cortar la uretra en el lugar estrechado, sea arriba ó sea abajo, sino que es necesario, indispensable, que no solo la pared de la uretra y y el tejido submucoso sean divididos sino todo el espesor de los tejidos endurecidos. Es decir, que es preciso, una insicion que se extienda de la piel á la uretra, que divida igualmente todo lo estrechado del canal, para poder en seguida, fundir todo el tejido que se habia formado y que opone una barrera inquebrantable á la dilatacion. Una vez que por la insicion indicada, se ha conseguido fundir, destruir enteramente aquella especie de fibroma casi uretral, entonces, solamente entonces, cuando la uretra no está ya rodeada de partes duras, cuando se ha destruido el obstáculo que se oponia á la dilatacion, las paredes uretrales ceden con facilidad, se dilatan y vuelven á su estado normal.

La uretrotomía externa es, como creemos haberlo demostrado, la única que en las circunstancias de que hablo puede curar los extrechamientos de la uretra, porque es el único recurso que queda al cirujano para volver este canal y los tejidos que lo rodean á su estado primitivo.

Se vé, pues, que las bases en que se funda esta operacion,

enteramente racionales, son la fuente de donde emanan las verdaderas indicaciones de su empleo, y que teniéndolas siempre en cuenta, se evitan multitud de discusiones que por mucho tiempo han divididoá los cirujanos, que extraviados por un entusiasmo infundado, querian aplicarla á todos los casos ó desecharla siempre. Aplicar un método exclusivamente, solo porque es bueno en circunstancias determinadas, como desecharlo en todos los casos, solo porque en algunos no ha sido seguido de buen éxito, es buscar la verdad en los extremos y alejarse de ellas mas y mas; los que tal han hecho prueban solo que desconocen los fundamentos racionales del método y que por consiguiente, ignoran las verdaderas indicaciones.

III

Hemos llegado á la cuestion mas importante de nuestro estudio, importancia comun á cualquiera especie de tratamiento que se trata de analizar.

Efectivamente, fijar las verdaderas indicaciones de un método curativo, es el punto mas interesante, y á no dudarlo, el mas difícil, y para poder llenarlo debidamente, es preciso atender á la manera de obrar de las sustancias ó del procedimiento operatorio que se trata de aplicar. Ya hemos insistido sobre los fundamentos de la operacion que venimos estudiando, y esto nos facilitará el estudio de las indicaciones que, como dijimos, emanan naturalmente de lo que podria llamarse la patogenia del método en cuestion.

Para proceder con algun órden, vamos á suponer una série de hechos y á estudiar en cada categoría, las indicaciones que presentan y el modo de llenarlas. No me limitaré á hablar de las indicaciones de la uretrotomía externa, sino que trataré de precisar cuándo la interna debe ser practicada, en qué casos es preferible el empleo simultáneo de los dos métodos y cuándo, por último, puede hacerse primero uno de ellos y despues el otro, como complemento de la curacion.

Supongamos que se trata de un individuo afectado de uno

ó varios estrechamientos, situados en el lugar de eleccion y en el que los procedimientos de dilatacion no han sido seguidos de éxito favorable por tratarse de estrecheces fibrosas no susceptibles de dilatarse; que explorando el enfermo, se nota que la candelilla conductora penetra, aunque con dificultad, á la vejiga; que la alteracion de la uretra no se ha propagado aun á los tejidos periuretrales; que no hay fístulas, y por consiguiente, las partes blandas, periféricas están en perfecto estado, es decir, que no hay esa masa de tejido indurado de que hemos hablado antes, sino que la lesion ha quedado limitada á la pared de la uretra y á la ligera capa de tejido celular que la rodea y la separa del cuerpo espongioso. Para curar este enfermo, es preciso dilatar su canal hasta volverle el calibre normal; pero como ésto no es posible por la simple accion de las bujías, es preciso hacer una incision que comprenda todo el espesor de la pared en el punto estrechado, y aprovechándose de ella, dilatar los lábios de la herida por el paso de una sonda metálica y obligarlos á cicatrizar separadamente, haciéndolos que formen parte del canal. Este es el mecanismo de la curacion que nos proponemos y para, obtenerla nos basta como dijimos, cortar los puntos estrechados, sin tocar los tejidos situados abajo de la uretra que están en perfecto estado.

La indicacion de la uretrotomía interna es muy clara en estas circunstancias, porque basta para el objeto que el cirujano se propone, sin hacer nada que no sea necesario. Si en estas circunstancias se practicara la ojalera perineal, se cortarian para llegar á la uretra tejidos sanos enteramente, y parte de la operacion seria del todo inútil, puesto que para llegar al fin deseado se hacia una operacion mas difícil y se escogia el camino mas largo. La uretrotomía de dentro á fuera, seguida de la dilatacion, seria pues, el método que deberia aplicarse.

En esta primera categoría de hechos están comprendidos los casos, si no mas frecuentes sí bastante comunes, de enfermos con estrechamientos uretrales, y en estas circunstancias es cuando la uretrotomía cuenta mayor número de éxitos.

Pero en la segunda categoría, las circunstancias han variado, el enfermo que hemos supuesto en el primer caso, presenta ademas de las lesiones que indiqué, un estado mas avan-

zado de su enfermedad, en que las paredes del estrechamiento están formadas no solo por la pared uretral, sino por la infiltracion plástica propagada hasta el tejido espongioso que ha formado á la uretra un verdadero casquillo fibroso de paredes gruesas que se toca por el perineo y el escroto bajo la forma de un cordon duro del grueso de un dedo. Detras del estrechamiento se ha establecido un trabajo ulceroso que ha traido la formacion de una fístula por la que escurre una pequeña cantidad de orina, y por consecuencia el tejido que rodea al círculo fistuloso comienza á ser celular, indurado.

Es decir, que ahora hay ademas del estrechamiento simple del caso anterior, una estrechez con fístulas consecutivas y la lesion propagada hasta el tejido espongioso periuretral. Si ahora se practica la incision con el uretrotomo, resultará, primero, que la incision por profunda que sea no comprenderá todo el espesor del punto estrechado; segundo, que como el uretrotomo que se usa ahora, casi exclusivamente, es el de Maisonneuve que corta la uretra en su pared superior, es decir, en donde la lesion es siempre menos avanzada por las razones que diremos mas adelante, sucede que la pared uretral inferior, allí donde está la fístula y donde la infiltracion es mas fuerte, queda intacta; y por último, que como los tejidos periuretrales quedan en el mismo estado, se oponen á la dilatacion del canal y reproducen tarde ó temprano el estrechamiento.

En esta segunda série de hechos, no basta para curar la estrechez, el dividir las paredes de la uretra en cualquier punto de ella y luego dilatarla, sino que es preciso que la incision comprenda todo el espesor de la pared en el punto estrechado y se haga en el lugar donde está mas gruesa y las alteraciones son mas marcadas, es decir, en la pared inferior, sitio de los orificios fistulosos. Solo de esta manera se puede lograr que el tejido periuretral indurado se funda y permita al canal dilatarse en seguida y volver á su calibre normal. Lo esencial es fundir el tejido celular endurecido que está debajo de la uretra y ésto se consigue igualmente por la incision.

En estas circunstancias ya la uretrotomía externa, está en rigor indicada, pero es preferible aun recurrir al empleo simultáneo de los dos métodos que bastan para traer la curacion y

son mas fáciles de practicar. Como dijimos, hemos supuesto la estrechez al grado de no admitir mas que la candelilla conductora del uretrotomo, ya con este último introducido en la uretra, seria posible, aunque no fácil, hacer la ojalera perineal; pero es mas sencillo introducir la lámina del uretrotomo y cortar el estrechamiento, siendo entonces fácil introducir un cateter, aun el mas grueso. Pero como la uretrotomía interior no divide mas que la pared superior, y como ésto no basta para la curacion por las razones que he dicho, es fácil una vez introducido el cateter, cortar sobre él todos los tejidos indurados, comprendidos entre la piel y la pared de la uretra en la extension del estrechamiento, y una vez que la incision ha llegado hasta la pared del canal, dejar ésta intacta si está poco alterado, ó dividirla si se le encuentra destruido en parte por los orificios fistulosos. Una vez comprendidos todos los tejidos indurados en la incision, respetando ó no la pared uretral inferior, segun las circunstancias, se establece un trabajo supurativo que funde los tejidos infiltrados y permita á la uretra dilatarse en seguida, evitando el peligro de una recaida.

En esta segunda categoría que hemos establecido, casi siempre basta hacer la uretrotomía interior y la ojalera perineal sin cortar la uretra, aquí la segunda operacion es un complemento indispensable de la primera y como de este modo se obedece al mecanismo de la curacion, las dos operaciones hechas simultáneamente, están perfectamente indicadas. Se concibe muy bien, que los casos en que la induracion periuretral no sea muy extensa y el cirujano despues de hecha la uretrotomía interna, tenga esperanzas de que con la dilatacion, baste para traer la curacion, le queda el recurso, si ésto no se consigue, de fundir por la incision perineal, los tejidos indurados y curar completamente á su enfermo. Este caso seria el único en que las dos operaciones, hechas una despues de la otra, tuvieran su indicacion; pero ésta, es necesario decirlo, no seria el resultado del estado de las lesiones, sino la consecuencia forzada de una mala apreciacion. Fuera de este caso, la hojalera perineal como método curativo, no se aplica sino en los casos en que una ó varias circunstancias accidentales, han traido despues de practificada la uretrotomía interna, la agravacion de

los accidentes; pero aquí se obedece ya á nuevas indicaciones, pues la aplicacion consecutiva del método no habria sido prevista.

En la tercera categoría de hechos que comprende casi todos los casos de uretrotomía externa, los estrechamientos siempre mas marcados y á veces casi infranqueables, han traido sobre los tejidos periféricos, las desastrosas consecuencias que hemos señalado mas de una vez. Si examinamos un enfermo en esas circunstancias nos encontramos con que lleva una ó varias estrecheces en los lugares de eleccion, que éstas son tan fuertes y han limitado tanto el diámetro del canal, que no admiten ni la candelilla conductora mas fina, que tocándolas por el perineo, se encuentra éste y toda la region escrotal convertida en una masa durísima de tejidos fibrosos, que á veces se extienden hasta las nalgas, y que en medio del perineo se encuentran varias aberturas fistulosas mas ó menos anchas que dejan escurrir á la mas ligera presion un pus generalmente mal ligado, de mal olor y poco abundante; que por estas mismas fístulas que unas veces son directas, esto es, que comunican en línea mas ó menos recta con la uretra y otras ramosas y anastomoseadas entre sí, sale siempre que el enfermo lo intenta casi toda la orina, y que por el meato no escurren sino algunas gotas. Que esta masa fibrosa tiene en algunas partes la consistencia durísima del cartílago, mientras que en puntos limitados se siente una fluctuacion mas ó menos marcada. Si exploramos el pene de estos desgraciados y les interrogamos sobre el mecanismo de su ereccion, sabremos que el miembro mas ó menos deformado, cuando entra en estado activo, no es sino á costa de dolores y que entonces se marca muy bien la deformacion. A veces la lesion es tan avanzada, que el tejido espongioso de la uretra, convertido en un cilindro inextensible opone tal obstáculo á la miccion, que ésta es muy difícil y casi imposible.

A este estado tan grave, acompaña casi siempre un catarro vecical bien caracterizado, consecuencia de la retencion de la orina en la vejiga; esta retencion es debida á que este órgano cansado de luchar contra las resistencias que le opone la uretra á la salida de la orina, se deja dilatar poco á poco, cae en un estado semi-parálico, no reacciona con prontitud á las

necesidades de la miccion y la orina retenida allí, se descompone, se altera mas ó menos, se pone fuertemente alcalina é inflama por su contacto las paredes del vaso que la contiene y á veces llega aun á producir una cistitis ulcerosa.

Para llegar á curar á un enfermo en estas circunstancias, es indispensable la uretrotomía externa ; la indicacion es aquí mas formal que en los otros casos, es urgente y resulta no solo de la infranqueabilidad del estrechamiento que excluye cualquiera otro medio de curacion por este solo hecho, como lo han creido hasta hoy los cirujanos mas antiguos, sino del mecanismo de la curacion, que ya he estudiado, y que es como dije, la patogénia del método.

A un enfermo en este estado, no se le debe hacer la uretrotomía externa, solo porque no se le puede hacer otra cosa, no; la indicacion de la operacion, no es solamente de necesidad, no es una obediencia ciega al último recurso, sino que tiene sus bases, su razon de ser, como dijimos en los fundamentos del método.

Tan cierto es ésto, tan indispensable es la ojalera perineal, que si por fortuna es posible pasar una candelilla y hacer la uretrotomía interna, dilatando en seguida la uretra, el enfermo se mejorará por unos dias, no es posible negarlo, pero al cabo de quince ó veinte, los accidentes vuelven y el desgraciado se encuentra en las mismas circunstancias que antes : la uretrotomía no ha sido para él sino un ligero paliativo.

Se comprende muy bien por qué la operacion de que hablo no es suficiente para curar sin la uretrotomía externa, basta recordar las razones que tanto he repetido de la necesidad de fundir, de destruir todo lo alterado, de extirpar, por decirlo así, aquel fibroma periuretral, haciéndolo fundir por un trabajo supurativo, lento y sostenido. Este es el único medio de traer una curacion radical en las circunstancias de que hablamos, y querer obrar de otro modo, intentar volver al canal su primitivo estado por solo la uretrotomía interna y la dilatacion, suponiendo que se pueda, seria el caso del que quisiera curar una estrechez en un canal rodeado por un tumor fibroso, haciendo incisiones al canal y dilatándolo, *sin intentar destruir por la extirpacion el agente compresor.*

Las circunstancias son las mismas, el estrechamiento ha producido la masa fibrosa periuretral, el tumor á su vez, mantiene por su tendencia constrictiva la estrechez, y estas dos lesiones, aunque una consecuencia de la otra, están íntimamente unidas, y querer curar la estrechez dejando intactas las partes que la rodean es una ilusion; es necesario é indispensable atacar ambas; cortar la estrechez y fundir el tejido que la rodea para poder dilatarla; de otra manera la curacion es imposible.

La indicacion es precisa y perfectamente racional, y aunque sea posible hacer la uretrotomía interna, ésta, que es una inmensa ventaja, no es mas que un preliminar para la segunda operacion, no es mas que un medio para facilitarla, permitiendo la introduccion del catéter para practicar sobre él la ojalera perineal, cortando indispensablemente la pared inferior de la uretra en toda la extension del estrechamiento; pero si no se puede no hay que vacilar, entonces se practica la uretrotomía externa sin conductor. En estos casos la indicacion no es solamente científica y racional, atendiendo al mecanismo de la curacion, sino que es precisa é indispensable y el único recurso que queda al enfermo y al cirujano.

La cuarta categoría de hechos, comprende los únicos casos á que los cirujanos antiguos limitaban las indicaciones de la uretrotomía perineal y que todavía discutian con otros métodos, como vamos á ver.

Suponemos un enfermo con todas las lesiones del caso anterior, pero en el que el estrechamiento es verdaderamente infranqueable pues impide casi completamente, ó por completo, la salida de la orina; en estas circunstancias no queda al cirujano para obedecer á la indicacion precisa, la extraccion de la orina, mas que los medios siguientes: ó la puncion vesical por el hipogastrio, ó la puncion perineal, ó el cateterismo forzado, ó la uretrotomía externa sin conductor. La puncion perineal, es una operacion difícil, incierta é irracional, porque obliga á penetrar con un trócar ó con el bísturi en medio de una region provista de órganos muy importantes, cuya lesion será seguida de accidentes mas ó menos graves; ésto es tan cierto, que todos los cirujanos modernos la han desechado, y admira ver entre los antiguos, á Sabatier, que negaba la posibilidad de la ure-

trotomía externa sin conductor y preconizaba como fácil la puncion de la vejiga por el perineo. Pero no solo es ésto, sino que esta puncion y la hecha por el hipogastrio, única empleada ahora, y mucho menos peligrosa, no hacen mas que quitar el accidente momentáneo la retencion urinosa y dejan intactos los órganos alterados y expuesto el enfermo á nuevos accidentes.

El cateterismo forzado, produce resultados muy graves y necesita una habilidad particular de parte del operador. Este método, que no es mas que una uretrotomía interna por desgarro, es susceptible de curar la retencion y á la vez de quitar el obstáculo, pero es insuficiente y defectuoso para traer una curacion radical y expone á graves peligros. Ha sido desechado y con razon por los cirujanos modernos.

Queda, pues, como único recurso en los casos de que hablamos, la uretrotomía externa practicada sin conductor, aunque diremos de paso, que Syme, uno de los cirujanos ingleses que mas han hecho esta operacion, no admite los estrechamientos infranqueables y dice que siempre se puede operar con un conductor mas ó menos apropiado. Esta opinion del ilustre cirujano inglés, es evidentemente exagerada; que los estrechamientos infranqueables á la orina, en el sentida absoluto sean tan raros que puedan considerarse como escepcionales, es un hecho de práctica muy bien averiguado, pero que haya estrecheces infranqueables á la candelilla mas fina, conducida por la mano mas hábil, es un hecho innegable, como tambien lo es que muchas veces es necesario operar sin conductor; ésto lo he visto hacer al Sr. Lavista tres ó cuatro veces.

Deciamos que quedaba como único recurso la uretrotomía externa y que es la única que llena las dos importantes indicaciones: primera, dar salida á la orina y remediar la retencion, y segundo, servir como único medio de curacion por las razones que antes he dado. Tan cierto es ésto, que Civiale, uno de los detractores de la uretrotomía externa, por la sencilla razon, como él mismo dice de que la ha hecho muy pocas veces, confiesa, que en las circunstancias de que hablamos, la uretrotomía perineal está indicada. Civiale dice: "Que una tumefaccion antigua del perineo, con induracion y trasformacion de los tejidos, que apenas se conciba la esperanza de re-

blandecerlos, conducirá al cirujano á intentar este procedimiento, apesar de la dificultad de su ejecucion y de la imposibilidad de terminar la operacion en una sesion." Pero nótese bien: Civiale refiere la indicacion á los casos extremos, la saca como todos los cirujanos de la circunstancia extrema de la retencion y no menciona la induracion periuretral sino como circunstancia accesoria á la indicacion; es decir, no habla mas que de la indicacion precisa y se olvida enteramente del mecanismo curativo y por consecuencia, de lo que se podria llamar la *indicacion curativa.*

En las cuatro categorías de casos que hemos supuesto, están comprendidos casi todos los hechos en que la uretrotomía externa sola, ó como complemento de la interna está indicada, pero para ser exacto, es necesario dar á conocer otras circunstancias, que aunque raras, indican esta operacion, y decir algo sobre las indicaciones de la uretro-cistotomía.

En algunos enfermos sucede, que detras del estrechamiento, sobre todo, cuando éste es muy avanzado y ha borrado casi toda la luz del canal uretral, sucede, deciamos, que la orina obligada á retenerse detras del obstáculo y á quedar allí por un tiempo mas ó menos largo, se descompone y deja depósitos en las paredes uretrales que acaban por formar uno ó muchos calculitos que tapizan por decirlo así la uretra, de la que se puede decir entonces segun la placentera expresion del Señor Lavista: *que está ademada con cal.* Que estos cálculos resulten de que al contacto del moco vesical que casi siempre existe á consecuencia del catarro, se descomponga la orina en carbonato de amoniaco que al contacto del fosfato de magnesia que existe normalmente en la orina, y sobre todo en la de los viejos, forme fosfato amoniaco-magnésico, ó que sea otra su composicion; el hecho es, que su formacion es tanto mas fácil, cuanto que las rugosidades de la pared de la uretra permiten el depósito de las sales disueltas en la orina.

Estos cálculos de la uretra forman un obstáculo invencible al paso del uretrotomo cuando se intenta la uretrotomía de dentro á afuera, y hacen indispensable para curar la lesion que los ha producido, el estrechamiento; y para permitir su extraccion, el recurrir á la uretrotomía externa. La operacion, aun-

que hecha sin conductor, es un poco mas fácil que en las circunstancias ordinarias, porque una vez hecha la incision sobre la línea média y cortados los tejidos hasta cerca de la uretra, el mismo cordon duro formado por la série de cálculos, sirve para cortar sobre él las paredes del canal, haciendo el oficio de un verdadero conductor. Una vez hecha la ojalera, se extraerán por ella los cálculos, y se cortará en seguida el estrechamiento para provocar despues la fusion de los tejidos periuretales endurecidos.

La uretrotomía externa está perfectamente indicada en los casos de que hablamos, y es la única que llena todas las indicaciones curativas.

Cuando se practica la ojalera perineal en enfermos en quienes las lesiones consecutivas á los estrechamientos, son muy avanzadas y muy graves; se puede encontrar, como citaremos un ejemplo, que la pared inferior de la uretra falta en una extension considerable que se extiende hasta el cuello vecical; un enfermo en estas circunstancias ha sufrido á no dudarlo una uretro-cistotomía hecha parte por la lesion que lleva y parte por el cirujano. En estos casos es fácil introduciendo el dedo por la herida, explorarla directamente y asegurarse del estado en que se encuentra, de sus lesiones y de si hay ó no un cuerpo extraño que complique la lesion uretral, cosa que está léjos de ser rara. Otras veces al practicar la uretrotomía perineal cortando el estrechamiento, se encuentra el cirujano con que este se extiende en toda la extension de la porsion prostática del canal, cosa que era difícil de preever á causa de la imposibilidad de hacer una exploracion en una uretra que no daba paso al estilete mas fino. Pues bien, entonces es indispensable hacer una division hácia atrás, que se extenderá hasta donde llegue el estrechamiento, y muchas veces hasta la vejiga, cortando ó no el cuello de este órgano segun se juzgue conveniente; en estos casos se hace tambien á no dudarlo una uretro-cistotomía como en el caso anterior. Admira ver en estas circunstancias como las consecuencias de la operacion son aun mas felices que despues de una simple uretrotomía, sobre todo interna, y como el enfermo no presenta ni fiebre urinosa intensa, ni dolores agudos al orinar, ni ningun otro accidente, si-

no que la orina sale con entera libertad por la ojalera practicada, sin exponer nunca á los peligros de una infiltracion urinosa, imposible en estas circunstancias.

La uretro-cistotomía es una operacion inocente en los estrechamientos no complicados de la estraccion de cálculos, esto es, cuando se hace una incision neta, cuyos bordes no son en seguida desgarrados ó contundidos por el paso de un instrumento ó por las rugósidades de un cálculo. La indicacion de la operacion de que hablo en los casos de estrechamientos, no es posible preever de antemano, sino que resulta del grado de la estrechez y de su extension hácia la region prostática del canal. Pero cuando el estrechamiento no es simple, sino que está complicado de la presencia de algun cálculo ó alguna otra lesion vesical, ó que al menos haya poderosos motivos para sospechar su existencia, el cirujano puede al hacer la ojalera perineal, prolongar su incision y dividir hácia atrás la prostata para llegar al cuello vesical; ya con esto puede explorar la vejiga de su enfermo y cerciorarse de si sus temores eran ó no infundados; en todo caso, aunque no se encontrara nada, no se perderia gran cosa, ni se le haria al enfermo ningun mal, puesto que la operacion de uretrotomía externa no aumenta de gravedad por esta circunstancia, sino quo al contrario, previene algunos accidentes y cura otros. Vale, pues, la pena de prolongar la incision uretral hácia atrás y hacer la uretrotomía, puesto que no hace correr al enfermo mayores peligros, y ofrece los medios de confirmar ó desechar un diagnóstico imposible sin ella, y que es de suma importancia para el éxito de la curacion.

La observacion atenta de las casos de uretro-cistotomía que ya por la lesion misma ó ya por la mano del cirujano se han observado en los enfermos de extrechamientos y las consecuencias siempre felices y poco peligrosas de esta operacion; hicieron que el Sr. Lavista la intentara en el enfermo Hilario Diaz, cuya historia hemos referido al hablar de los fundamentos de la uretrotomía externa. En este caso, como se recordará, la operacion llenaba las dos importantes indicaciones: primero, de curar aquel espasmo rebeldísimo del cuello vecical por el único medio racional que quedaba, la incision del esfincter

vesical, y segundo, la no menos importante de confirmar un diagnóstico ó de desecharlo, circunstancia indispensable para un tratamiento conveniente. Se recordará que en este caso el diagnóstico no se confirmó, y la operacion, enteramente inocente, mejoró al enfermo sin traerle malas consecuencias; se recordará tambien que despues se encontró la causa probable de la lesion, que explicó perfectamente el error del diagnóstico. Pero ¿quedaba otro medio para averiguarlo que la operacion que se emprendió? evidentemente ninguno, y las indicaciones eran perfectamente racionales.

Sin creer, pues, que siempre que en un enfermo haya poderosos motivos para sospechar una lesion vesical de naturaleza desconocida, se deba hacer la uretro-cistotomía, como medio de diagnóstico; sí creo se debe emplear: 1.°, cuando el cuadro de síntomas que se presenta sea tal, que haga sospechar la existencia de una lesion que es preciso conocer para instituir el tratamiento, y además el enfermo presente algun síntoma que sea susceptible de curarse por la sola operacion, como en el caso que hemos citado; 2.°, cuando exista el cuadro correspondiente de una supuracion séptica, que se sospechara en las regiones profundas del perineo, inaccesible á otros medios de diagnóstico: 3.°, cuando exista algun estrechamiento en la region prostatica que impida esplorar la vejiga; y por último, que los accidentes sean de tal naturaleza inesplicables á los otros medios de esploracion y tan graves y rebeldes, que atormentando sin cesar al enfermo, resistan á todos los medios curativos empleados. En estas circunstancias se debe recurrir á la uretro-cistotomía como único recurso que queda para hacer un diagnóstico, indispensable para el cirujano y de sumo interés para el enfermo. Si con ello se llega á conocer una lesion que se sospechaba, tanto mejor, pero si no sucede así, mas aún, si ha sido inútil ó si con ella se ha descubierto una enfermedad incurable, el cirujano no habrá dejado de cumplir con su deber de investigar por todos los medios que están á su alcance el diagnóstico de la enfermedad; evitando á su enfermo los peligros de un tratamiento instituido por simples sospechas y ahorrándole las molestias de una medicacion inútil. Esto, que seria injustificable si la operacion expusiera séria-

mento la vida del paciente, no lo es cuando la experiencia ha demostrado la inocencia de la uretro-cistotomía, hecha aun en circunstancias mas graves.

¿No es esto mas racional que emprender, por ejemplo, la operacion de la talla por procedimientos mas graves, en los casos en que un enfermo presentando todos los síntomas de un cálculo, éste no haya sido tocado por el crujano en sus exploraciones, cosa que se ha visto y aun ha sido aconsejada por algunos grandes maestros? Evidentemente es mas lógico hacer una operacion como medio de diagnóstico, operacion sencilla y sin gravedad, que emprender otra mas grave sin tener la seguridad que es indispensable para justificarla. Con la primera se va á buscar algo que puede ó no existir, mientras que con la segunda se da por existente algo que tal vez no exista. De un modo se emprende una operacion sencilla para buscar el cálculo, de otro se hace otra mas grave, dando por supuesto un cálculo que no se ha tocado, y exponiendo al cirujano á un chasco siempre muy desagradable. En suma, en caso de duda en el diagnóstico, es mejor hacer la uretro-cistotomía, quedando el recurso de obrar en seguida segun los resultados de la exploracion.

Además, cuantas veces al hacer una operacion se encuentran lesiones graves que hacen al cirujano cambiar de conducta y que muchas ocasiones ni habia sospechado; y en el caso presente, cuantas al hacer la incision de la próstata se ha visto salir un pus de mal carácter, viniendo de algun absceso profundo del perineo que no habia sido diagnosticado, y que sin embargo exponia sériamente la vida del enfermo.

Reasumiendo, en las circunstancias de que hablamos, nos parece racional la uretro-cistotomía como medio de diagnóstico, por ser un recurso inocente é indispensable para instituir un tratamiento adecuado.

El estudio de la uretro-cistotomía como medio de diagnóstico y como método curativo, no ha sido aún sino bosquejado por decirlo así; se necesitan evidentemente nuevos hechos para poder juzgarlo con exactitud y conocer bien sus indicaciones. Si he tocado accidentalmente este punto, no ha sido sino para dar á conocer una nueva indicacion de la uretrotomía ex-

terna, que se podria llamar, como ya he dicho, uretro-cistotomía, cuando la incision prolongada hácia atrás divida el cuello vecical y permita la exploracion de la vejiga. El estudio de esta importante operacion con el nuevo objeto á que el Sr. Lavista la ha destinado, será muy fecunda en resultados; pero, repito, es necesario esperar nuevos hechos para juzgarla, pues si los que hasta hoy existen le son favorables, quién sabe si otros nuevos vendrian á darnos resultados contrarios. Pero de todos modos, y hasta nueva órden, la uretro-cistotomía parece destinada á representar un gran papel en el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones de las vías urinarias. Su importancia y la novedad de su indicacion me han obligado á mencionarla de paso, no insistiendo mas sobre ella por no ser el objeto de este trabajo.

Por último, en los casos de estrechamientos complicados de falsas vías, es unánime opinion de los cirujanos que la uretrotomía externa está perfectamente indicada, pues abriendo una ámplia salida á la orina por la herida que se hace, sin que tenga que pasar por el canal en el punto en que está la falsa vía, permite la curacion de ésta y evita los graves peligros de una infiltracion urinosa, ó si esta existe ya, abre un camino fácil á la orina, impidiendo que la infiltracion progrese.

IV

Despues de haber hablado de las indicaciones de la uretrotomía interna y externa, vamos á intentar hacer un paralelo entre los dos métodos, para apreciar mejor sus diferencias y conocer sus ventajas é inconvenientes. No vamos á juzgar de una manera absoluta de la bondad de las uretrotomías y á decir si es mejor la interna ó externa, esto seria inútil é inexacto; los dos métodos son realmente buenos siempre que llenen la indicacion que se presenta.

Prescríbese como regla por los cirujanos al tratar un estrechamiento, el dividir todos los tejidos enfermos, y se ha querido sacar de esto, diferencias entre los dos métodos, en fa-

vor de la uretrotomía interna. Esto es un error, pues si por ejemplo esta última obedece á la indicacion de los casos de la primera categoría que establecimos al hablar de las indicaciones, no sucede lo mismo con los que, comprendidos en la tercera, no pueden curar sino con la ojalera perineal. La cuestion es de indicacion, y ambos métodos dividen de hecho la pared enferma y los tejidos alterados, segun las circunstancias en que se encuentre la lesion. Solo sí es de notar que la uretrotomía externa es la única que llena la regla, precisamente en los casos mas graves y cuando las lesiones son mas avanzadas.

En ambas uretrotomías se ha hablado de un tratamiento preventivo de dilatacion de la uretra; esto que en los dos métodos facilita la operacion, no es de rigor en ninguna; pero sí es de notar, que mientras en la uretrotomía de dentro á afuera es indispensable introducir ó la candelilla ó el conductor para practicarla, cosa que muchas veces no se puede ó dilatar algo el canal si se intenta operar con el uretrotomo de oliva, (que diré de paso ha sido, casi enteramente abandonado) cosa que es aun mas difícil; con la uretrotomía externa siempre se tiene el camino franco para llegar de la piel á la uretra con mas ó menos dificultades. De suerte que donde la uretrotomía interna no es practicable, la externa se puede hacer con facilidad: nueva diferencia en favor de esta última.

Mucho se ha dicho, sobre todo en Inglaterra, de la facilidad de practicar la uretrotomía perineal, y se sabe que Syme, achacaba los peligros consecutivos de la operacion á la falta de habilidad de los que la hacian. Sobre esto, para ser francos, es preciso confesar que la uretrotomía externa es en todo caso mas difícil de practicar que la interna.

Se han querido encontrar diferencias en el tratamiento consecutivo de las dos operaciones, y se ha dicho que despues de la externa no quedaba nada que hacer, mientras que despues de la interna era necesario un tratamiento consecutivo. Esto no es cierto, la verdad es que despues de los dos métodos es preciso un tratamiento consecutivo, sobre el que insistiremos mas adelante.

En los casos de estrechamientos múltiples, ha dicho Civiale, seria necesario si se hiciera la uretrotomía de fuera á

adentro cortar la uretra en casi toda su extension, haciendo una incision enorme. En estos casos, que son muy raros, haremos notar que la uretrotomía interna seria muy difícil, porque la introduccion de la candelilla ó del conductor en una uretra con mas de cinco estrechamientos, es ya cosa muy grave, porque los orificios de los puntos estrechados no se corresponden exactamente, ni están situados en el mismo punto del calibre del canal. En estas circunstancias, en rigor seria posible hacer tantas ojaleras cuantos estrechamientos existieran, y se podria comenzar por cualquiera de ellos, mientras que con la uretrotomía interna seria indispensable comenzar por el mas cercano á la extremidad del pene, y si este se encontraba desgraciadamente tan estrecho que no diera paso al uretrotomo, el cirujano se tendria que cruzar de brazos delante de los otros. Lo mejor seria cortar con el uretrotomo los estrechamientos que se pudieran, y hacer sobre los demas la ojalera externa. Se vé, pues, que estos casos que se habian citado en favor de la uretrotomía interna, por los defensores de ella; hablan por el contrario en pró de la uretrotomía perineal.

Por último, en las consecuencias de las dos operaciones se notan diferencias que se han querido aprovechar en favor de la uretrotomía interna. Se ha dicho, y con razon, que las heridas privadas del contacto del aire, curan con mas facilidad que las hechas al aire libre, esto es indudable, y es el fundamento del método de secciones sub-cutáneas.

Admitimos que las heridas intra-uretrales estén en estas circunstancias, y que por consecuencias curen mas pronto, pero en cambio la uretrotomía interna, y ésto, no se nos negará, expone mas que la externa á la infiltracion de la orina. De hecho, este accidente que tanto ha preocupado y preocupa aún á todos los cirujanos, es imposible en la uretrotomía de fuera á adentro; la razon es muy sencilla, la orina tiene sin cesar abierto un camino libre por donde derramarse al exterior, al pasar por la herida; mientras que en la interna, si desgraciadamente se introduce en ella, sobre todo si esta ha sido profunda, y sigue ese camino, ¿por dónde saldria? Entonces produciria una infiltracion aguda, con la formacion de un absceso urinoso ó algunas consecuencias mas terribles. Estos accidentes

los hemos observado en el servicio de cirujía del Sr. Lavista, varias veces, y nunca hemos notado nada de semejante despues de la uretrotomía perineal.

Haré notar, para concluir, que la fiebre urinosa es mas comun despues de la uretrotomía interna, mientras que es un accidente raro despues de la ojalera perineal; esto que á primera vista parece imposible, es un hecho, que intentaremos explicar al hablar de las consecuencias de la operacion.

En cuanto á los accidentes graves que se ha dicho sobrevienen despues de la uretrotomía externa, sobre todo la pioémia, no hemos observado mas que una vez esta última en las circunstancias excepcionales de que hablaremos despues.

El paralelo que hemos intentado establecer entre ámbas uretrotomías, fundado en las mismas bases que los detractores de la uretrotomía externa han establecido, está léjos de serle desfavorable, y por el contrario se ve por él, que precisamente en los casos mas graves y donde la uretrotomía interna es imposible de practicar, la externa presta importantes servicios que la colocan en primer lugar. Sin embargo, lo repetimos, las dos son muy útiles, ámbas prestan grandes servicios en la práctica, y su importancia, siempre relativa, se refiere directamente á su verdadera indicacion.

Accidentes consecutivos á la operacion; tratamiento complementario de ella; modo de practicarla segun las circunstancias y resultados curativos.

I

Los cirujanos han observado numerosos accidentes despues de la uretrotomía interna ó externa, que han atribuido unos á la operacion, y otros al tratamiento consecutivo; no voy á revisar aquí en revista todo lo que pueda sobrevenir despues de practicada la uretrotomía, sino que, como lo he dicho antes, no referiré sino lo que yo mismo he visto.

El dolor, que se ha descrito en todos los libros como consecuencia de la uretrotomía, podemos asegurar que despues de la externa ha sido siempre muy soportable, y menor que el que viene despues de practicada la interna. Este dolor, á veces muy intenso, es atribuido sobre todo al paso de la orina por tejidos acabados de dividir; si esta es la causa ó no, el hecho es que el paso de este líquido por la ojalera abierta por la uretrotomía perineal, es mucho menos doloroso que el paso por la herida hecha por el uretrotomo en las paredes de la uretra; esto se explica por la diferencia de sensibilidad entre la herida de la pared uretral y la membrana de la uretra maltratada por el paso de los instrumentos, y la herida abierta en los tejidos sub-uretrales. Además, en un caso la orina sale lentamente y con dificultad, teniendo que recorrer toda la uretra, mientras que en el otro encuentra una salida ámplia por la ojalera perineal.

Es mucho mas frecuente la fiebre urinosa despues de la uretrotomía interna, que de la externa; esto es importante y difícil de dar una esplicacion satisfactoria. Este accidente que yo no he observado sino rara vez, despues de cualquiera de las dos operaciones, ha sido atribuido á una multitud de causas, lo que prueba que se presenta en muchas circunstancias distintas, que hacen que una esplicacion no sea aplicable á todos los casos. Se admite mas comunmente que la fiebre observada despues del cateterismo, y sobre todo, despues de la uretrotomía, es debida á la penetracion de una cantidad mas ó menos grande de orina en el torrente de la circulacion. Si es esta la causa, sorprende cómo la orina que pasa por una amplia herida despues de la uretotomía externa, no se absorva, trayendo consecutivamente la fiebre urinosa, y cómo este accidente sea aquí mas raro que despues de la uretrotomía de dentro á afuera. Esto tal vez sea debido á que en el primer caso, los lábios de la herida estan formados casi constantemente, por un tejido fibroso, poco vascularizado, donde los pequeños vasos de absorcion estan obstruidos, y donde no hay mas que unas cuantas aberturas venosas de un calibre superior; además, la sensibilidad es allí poco viva, ó cuando menos menor que en la herida uretral, y la orina pasa con mas facilidad, mucho mas pronto y nunca quedan retenidas como despues de la uretrotomía interna pe-

queñas cantidades de este líquido en el fondo de la incision, sino que toda escurre por la herida externa. Por el contrario, despues de la operacion hecha con el uretrotomo, la uretra siempre mucho mas maltratada, ha sido cortada en dos ó tres puntos, quedando allí una incision mas ó menos profunda; la mucosa fuertemente provista de vasos de absorcion venosos y lintáticos, esta escoriada por el paso del uretrotomo; y la orina obligada á pasar muy poco á poco por un canal estrechado por la inflamacion y las incisiones, puede retenerse en el fondo de ellas, por un tiempo mas ó menos largo y reabsorverse con mas facilidad, tanto mas, cuanto que la sensibilidad uretral mas viva hace que sea mas lenta la miccion. Todas estas circunstancias son propias para explicar la mayor frecuencia de la fiebre urinosa despues de la uretrotomía interna.

Que sea cierta ó no la esplicacion del fenómeno, el hecho prevalece, pues la práctica nos ha enseñado que despues de la uretrotomía de fuera á adentro, la fiebre urinosa es muy rara, que la vez que se ha observado no ha pasado de 39°, durando solo veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y que nunca hemos visto la intermitente perniciosa consecutiva á la operacion. La temperatura tomada diariamente en los enfermos operados, se ha mantenido casi siempre constante, sin pasar de la normal, salvo en los casos en que han sobrevenido accidentes.

De paso diremos que la fiebre urinosa consecutiva á la uretrotomía sea de dentro á afuera ó viceversa, no es un accidente tan comun como dicen algunos cirujanos, y que las numerosas precauciones que otros, como Gosselin, toman durante la operacion para evitarla, son cuando menos inecesarias. En el servicio del Sr. Lavista es de práctica diaria, hacer la uretrotomía con la vejiga repleta ó no de orina, con ó sin la anestesia, (hablamos de la interna,) jamas se deja al enfermo sonda en permanencia y á las veinticuatro horas despues de operado, ya este orina libremente y sin sonda por el canal. Algunas veces, la orina ha salido durante la operacion pasando por la herida fresca, y por último siempre se ha seguido la práctica de Reybart, de pasar inmediatamente despues de la operacion una sonda gruesa á la vejiga con el objeto de juzgar el grado de dilacion y vaciarla. Pues bien, apesar de todo esto, en oposicion

con las escrupulosas precauciones tomadas por Gosselin, que se encuentran referidas en su clínica; la fiebre urinosa ha sobrevenido tan raras veces, que se pueden considerar como excepcionales; siendo de notar, que las uretrotomías practicadas en el servicio, de dos años á esta parte han sido muy numerosas.

Despues de la uretrotomía externa, no he visto mas que una vez la hemorragia primitiva; vino á causa de la herida de una de las arterias bulbosa, no fué muy considerable y cedió á la compresion; este accidente, es muy raro y para evitarlo, basta mantenerse en la línea media y no acercarce mucho al bulbo. La hemorragia interior, no viene nunca, como la hemos visto despues de la uretrotomía interna, ni tampoco hemos observado como despues de esta, el que la vejiga se llene de sangre despues de la operacion. Por último, la hemorragia consecutiva aun despues de la operacion hecha con el cauterio Paquelin, no ha sobrevenido en ningun caso.

La infiltracion urinosa, ese grave accidente temido y con razon por todos los cirujanos, es casi imposible en las circunstancias en que queda un enfermo operado de ojalera perineal; este accidente que con graves consecuencias y terminado por la muerte hemos visto una vez despues de la uretrotomía interna, nunca ha venido primitiva ó consecutivamente á la ojalera perineal. La razon es muy sencilla, en un caso, herida por donde la orina puede infiltrarse sin salida al exterior, en el otro, ámplia debridacion por donde escurre fálcilmente, es decir, lo que podria hacerse para prevenir una infiltracion cualquiera. Las pequeñas infiltraciones, las que se limitan á producir un abceso urinoso, que si es de mal carácter puede traer la muerte, no se observan despues de la uretrotomía externa y en caso que se formaran, la ámplia debridacion extendida de la piel á la uretra, indicaria, por decirlo así, al pus, el camino fácil por donde pudiera salir; no sucede por desgracia, lo mismo despues de la uretrotomía interna que no previene este grave accidente. El caso que vamos á referir lijeramente, confirma lo que acabamos de decir. Ocupó la cama núm. 14 de la sala Cirujía Mayor el dia 4 de Junio del año pasado, el enfermo Tomás García, de 35 años de edad y buena constitucion: este hombre que llevaba un estrechamiento al nivel del bulbo con su cis-

titis catarral concomitante, fué operado pocos dias despues por la uretrotomía interna, procedimiento de Maisonneuve, é inmediatamente fué posible pasarle una sonda de plata del grueso ordinario. El enfermo marchó muy bien los primeros dias sin sobrevenir el mas lijero accidente; pero á poco tiempo, diez ó doce dias despues de operado, comenzaron á aparecer todos los síntomas de una cistitis pútrida caracterizada por todos los de un catarro comun de vejiga, mas una orina espesa, poco abundante, sumamente descompuesta, exhalando un fuerte olor á ácido sulfídrico y descomponiéndose con suma facilidad despues de su extraccion; la alteracion era tan notable, que cada vez que se sondeaba al paciente, la extremidad de la sonda de plata salia negra por la formacion de un súlfuro que se hacia sobre sus paredes. Con esto coincidió un calosfrio vespertino, con calentura alta, sudores nocturnos, rápido enflaquecimiento y una sed intolerable; este pobre hombre, que perdió por completo el apetito, se agotó con todos los accidentes de una septicemía aguda y en algunos dias sucumbió, no obstante todos los medios eficaces que se emplearon para su curacion.

Hecha la auptosia al dia siguiente, se encontró un estrechamiento fibroide de algunos centímetros, en el lugar de eleccion; se notó el punto donde fué cortado y el grado de dilatacion que habia sufrido.

La próstata fundida completamente y la cavidad prostática convertida en un foco, lleno de un pus fétido como el de un abceso estercoral, las vecículas seminales inflamadas, lo mismo que los plexus venosos periféricos: la vejiga llena de una orina descompuesta, con sus paredes alteradas, de un cclor negruzco y un espesor notable; las columnas vecicales muy numerosas é hipertrofiadas y en el fondo bajo, cerca del cuello y debajo de una de ellas, una perforacion del vuelo de una pequeña lenteja que comunicaba por un trayecto tortuoso con el foco prostático: esta perforacion habia sido, á no dudarlo, la causa de la infiltracion y de la formacion del abceso urinoso, que no llamó la atencion, pues la cistitis pútrida esplicaba por sí sola todos los accidentes.

Ahora bien, ¿la uretrotomía externa no habria evitado la formacion del abceso, ó en caso de haberse formado no hubie-

ra el pus encontrado una fácil salida al exterior? ¿no se hubiera, prolongando la insicion hácia atrás, evitado tal vez la cistitis y en todo caso, dando salida fácil y constante á la orina por un punto declive, impedido la infiltracion y la descomposicion de la orina? No hubiera sido posible la exploracion de la vejiga?

La erisipela es un accidente que se ha presentado una sola vez, en un enfermo en quien la ojalera perinal fué practicada con el cauterio de Paquelin, comenzó en los bordes de la herida, y fué estendiéndose poco á poco á las nalgas, subiendo hasta la mitad inferior de la espalda y bajando á casi todos los muslos por su parte posterior; este accidente, que puso al paciente por unos dias en grave peligro, cedió como todas las erisipelas que se tratan en la sala, al uso del percloruro de fierro, segun el método de Vallette.

Mencionaré por último, aunque á título de coincidencia, la aparicion de un cólico nefrítico, debido probablemente al paso de algun pequeño cálculo. Este accidente, que fué poco interso, se presentó durante la noche, cedió muy pronto y no ha vuelto á aparecer por segunda vez; esto no fué sino una coincidencia, pues no existe ninguna relacion de causa, á efecto, entre la uretrotomía y el cólico urinoso.

II

Durante el entusiasmo que las ideas de Syme introdujeron en Inglaterra, los partidarios de la uretrotomía externa creyeron que despues de practicada esta operacion, no era necesario ningun tratamiento complementario, dando esto como una ventaja mas, sobre la uretrotomía de dentro á fuera. Esto está léjos de ser cierto, y despues de la ojalera perineal es indispensable usar de ciertos medios, sin los cuales la curacion es incompleta y á veces imposible.

En oposicion de la práctica seguida por todos los cirujanos, que acostumbran poner cuando menos por dos ó tres dias, una sonda en permanencia despues de practicada la uretrotomía interna ó externa, el Sr. Lavista, ha desechado completa-

mente esta práctica, fundándose en los malos resultados que la experiencia le ha enseñado. A todos los enfermos á quienes se les ha puesto una sonda en permanencia, cuando menos por veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, les ha venido una uretritis mas ó menos intensa, que acompañada de fuertes dolores, no hace sino venir á empeorar la situacion. La uretra no puede tolerar por mucho tiempo aquel cuerpo extraño y la inflamacion que viene, indica claramente que la sonda debe quitarse; este accidente no viene solamente cuando se deja una sonda dura, sino que aun poniendo una sonda de goma, blanda, como las que se usan últimamente en Francia, la uretritis aparece despues de las primeras veinticuatro horas. Ademas, la sonda permanente es inútil en algunos casos y nociva en otros: el objeto de ella es que la orina no pase por el canal, irritando los lábios de la herida, produciendo tal vez una inflamacion ó cuando menos crueles dolores al enfermo; ya hemos dicho, que por lo que hemos visto, se han exagerado mucho los peligros del paso de la orina por una herida fresca, y que pocas veces hemos visto esos accidentes dolorosos, y la fiebre urinosa que temen tanto los cirujanos. Pero ademas, la sonda no llena su objeto, pues por poco que el enfermo orine con alguna fuerza, la orina sale parte por la sonda y parte entre ella y las paredes de la uretra, de suerte, que el objeto deseado no se consigue y se le produce en cambio al enfermo una uretritis, que viene á no dudarlo, á empeorar el estado de su canal. Por otra parte, esta inflamacion que á veces cede al poco tiempo, suele resistir al tratamiento, persistiendo por muchos dias.

Por estas razones, creemos que el empleo de la sonda permanente es inútil en muchos casos y á veces nociva y que su empleo se puede sustituir, siguiendo la práctica que voy á indicar. Despues de practicada la uretrotomía, se pasa una sonda de plata del grueso ordinario, se vacia la vejiga completamente, y se encarga al enfermo que cuando tenga el deseo de orinar, haga llamar al practicante de guardia ó á su médico para que le saque la orina; ésto, que no es necesario mas que en las primeras veinticuatro horas despues de la operacion, es mucho menos molesto para el paciente que el dejarle en la uretra una sonda que le molesta siempre mucho y que acaba por inflamarle su canal.

Despues de dos dias, ya el enfermo orina libremente, sin que esto le moleste en nada; pero no por eso se debe renunciar á pasarle diariamente una sonda para mantener el canal en un estado de dilatacion conveniente y dar lugar á que los lábios de la herida, cicatrizando separadamente, formen la nueva pared uretral que el estrechamiento ha destruido. El empleo de la sonda, despues de la operacion, por un tiempo bastante largo, es indispensable y las veces que no se ha seguido ó que ha sido abandonado, el estrechamiento se ha reproducido mas ó menos pronto. El método de dilatacion como complemento de la uretrotomía, es necesario y sin él la curacion es siempre incompleta.

Con el objeto de fundir todos los tejidos indurados, despues de practicada la ojalera, es necesario impedir la cicatrizacion y curar la herida, usando sustancias irritantes que mantengan un trabajo de supuracion; para ésto se cura la herida con digestivo, interponiendo entre sus lábios algunas hilas untadas con este ungüento. Inútil es recordar, que la herida debe lavarse todos los dias, tanto mas, cuanto que la orina que sale en los primeros dias de la operacion, casi exclusivamente por allí, ensucia mucho el apósito y hace indispensable un aseo contínuo.

Cuando la masa de tejidos indurados es tan considerable que no ha sido comprendida toda en la incision, se deben hacer nuevas debridaciones que contribuyan á fundirla, manteniendo en ellas, una supuracion constante por medio de los tópicos irritantes.

Tal es, en casi todos los casos, el tratamiento complementario bien sencillo que se ha seguido despues de la operacion y con él casi nunca vienen accidentes locales en la herida, que se mantiene de muy buen aspecto; recordaremos solamente, que aquí, como en todas las curaciones que se hacen en el servicio, se usa el empaque con algodon. Sobre el mollar untado con digestivo que se pone en la herida, se extiende una buena cantidad de algodon que se mantiene con una venda en T.

Como adyuvante para la fusion de los tejidos indurados, se usan con buen éxito las embrocaciones diarias con tintura de iodo bastante concentrada; barnizando todos los dias la piel

que cubre los tejidos indurados, la fusion de éstos se consigue con mas facilidad.

Por último, recordaremos que en los casos en que se ha encontrado la pared inferior de la uretra, destruida en una extension considerable, se habia juzgado indispensable dejar una sonda blanda en permanencia, para dar tiempo á que las celdillas uretrales trajeran por su proliferacion la reparacion de la pared destruida; pero los accidentes inflamatorios que su presencia trae en el canal, obligan á renunciar á su empleo, tanto mas, cuanto que el enfermo no la soporta sino á costa de crueles dolores.

III

No es mi objeto, al hablar del modo de practicar la uretrotomía externa, el hacer una descripcion didáctica de la operacion, cosa que se encontraria descrita en cualquiera autor de medicina operatoria, sino insistir solamente sobre algunas particularidades de suma importancia.

Para practicar esta operacion, es indispensable recurrir al cloroformo, sobre todo si se hace sin conductor; operacion larga y dolorosa no podria ser practicada de otro modo, pues se aumentarian las dificultades que ya son á veces considerables.

Dormido el enfermo y colocado á la orilla de la mesa de operaciones, en la postura del que va á ser operado de talla, el cirujano explorará el canal de la uretra para cerciorarse del estado que guarda y ver si le es posible introducir algo que le sirva de conductor, ó si tiene que resignarse á practicar la operacion sin él. Cuando no le sea posible introducir en la uretra mas allá de la estrechez, ni la candelilla mas fina, tendrá que resignarse é introduciendo un catéter de mediano calibre hasta el lugar de la obstruccion, abrirá la uretra sobre la punta de este instrumento y debridará hácia atras el estrechamiento; una vez hecho ésto, puede el catéter caminar mas adelante; hasta encontrar un nuevo obstáculo; si se detiene allí, se repite la misma maniobra ó se intenta pasar un catéter mas delgado ó en

último caso el conductor de un uretrotomo, y se opera sobre él. Siempre es preferible cortar la uretra sobre algun conductor, por delgado que sea, que operar sin él, corriendo el peligro de desviarse de la línea media y hacer la incision á un lado de la uretra.

Pero si el cirujano nota al explorar el canal, que puede pasar aunque sea la candelilla conductora ó el conductor, entonces le queda el recurso poderoso de practicar la uretrotomía interna, y una vez hecha ésta, podrá introducir fácilmente el catéter, y operar sobre él, la incision de la uretra.

En las circunstancias en que comunmente se opera la uretrotomía externa, es muy difícil, guiarse por la anatomía topográfica de la region; desde la piel hasta la uretra no se encuentra mas que un tejido fibroso, poco vascularizado que hace imposible la distincion de los planos. Cuando se opera sobre un conductor, la operacion se facilita extraordinariamente y para encontrar la uretra, despues de confiar el catéter á una mano hábil, que debe mantenerlo en la línea media; el cirujano hace su incision sobre esta línea, sin acercarse mucho hácia adelante, sobre todo en los viejos, por temor de comprender el bulbo en la incision, ni demasiado hácia atras por temor de herir el recto; manteniéndose constantemente en la línea media, es seguro que encontrará la canaladura del catéter. Una vez encontrada ésta, y guiándose por ella, debe debridarse la uretra en toda la extension del estrechamiento; si éste se extiende hácia atras y ocupa toda la porcion prostática del canal, la debridacion se extenderá hasta llegar al cuello de la vejiga. La debridacion del estrechamiento, debe hacerse, para mayor seguridad, con un bísturi abotonado, que se conduce por medio del dedo índice izquierdo introducido en la herida, hasta llegar al catéter.

Operando sin conductor, es muy fácil desviarse, sea hácia la derecha, sea hácia la izquierda de la línea media, y aquí es mas riguroso el precepto de mantenerse constantemente en el centro; debe buscarse la punta del catéter, y una vez encontrada, cortar sobre ella la uretra y debridar hácia atras el estrechamiento. Sucede á veces que guiándose por el trayecto de una fístula, el cirujano encuentra la uretra detras de la estre-

chez; entonces la debridacion se hará de atras hácia adelante. Por último, la punta de la próstata cuando se tiene la evidencia de sentirla, puede servir para guiarse, y cortando adelante de ella se abrirá la uretra en su porcion membranosa.

La region, en general muy poco vascularizada, la hemorragia capilar es muy insignificante y se opera casi en seco: la hemorragia por lesion de algun tronco arterial es fácil de evitar, recordando los preceptos clásicos de las incisiones en el perineo. El tejido que tiene que cortarse es fibroso y presenta una resistencia extraordinaria al filo del bísturi, que lo hace crugir: recuerdo haber visto un enfermo, el único en que la operacion no pudo terminarse en una sesion, despues de dos horas de dificultades, en el que el tejido era tan resistente, que se rompió un bísturi delgado, quedando un pedazo en la herida, que despues salió con la supuracion; este hecho, que fué uno de los primeros operados, curó sin embargo despues de la segunda uretrotomía.

El cauterio Paquelin ha sido empleado para practicar la ojalera perineal con conductor; en los tres casos que se usó, la ojalera no comprendia la uretra sino solo las partes blandas colocadas debajo de ella. Podemos asegurar que la operacion no es mas fácil que con el bísturi; que se opera mas á ciegas y que se necesitan grandes esfuerzos para hacer caminar el cuchillo en un tejido tan duro; el peligro de la hemorragia, que era lo único que podrá indicar su empleo, no es aquí de temer atendiendo á lo poco vascularizado de los tejidos. Además, se concibe fácilmente que solo se puede emplear operando con conductor, y cuando se desea hacer la ojalera sin cortar la uretra; pues cortando con él las paredes de este canal, no se haria una incision sino una verdadera pérdida de sustancia. Por otra parte, qué difícil seria conducir el instrumento por la línea média en el fondo de una herida profunda, y donde la coloracion dejada por la cauterizacion impide toda distincion entre los órganos que forman los distintos planos de la region. El procedimiento operatorio y las reglas de conducta, son las mismas, cuando despues de la uretrotomía interna se hace la ojalera perineal sin cortar la uretra.

Notaremos, por último, que es indispensable, hasta donde

sea posible, el comprender en la incision todo el espesor de los tejidos alterados.

IV

Cuando los enfermos en quienes se practica la uretrotomía externa, están en las circunstancias de los comprendidos en la segunda categoría que establecimos al hablar de las indicaciones, la curacion despues de una sola operacion seguida del tratamiento complementario es la regla: todos los que han estado en estas circunstancias han salido curados. Pero cuando la masa de tejidos indurados es muy considerable y las alteraciones de la region muy profundas, la incision hecha en la primera uretrotomía no es suficiente para traer la fusion completa de estos tejidos, y es indispensable repetir la operacion. Entonces se presentan dos casos: si con la cicatrizacion de la herida exterior coincide la reproduccion del estrechamiento al grado de no admitir el instrumento mas delgado, ó queda el orificio de alguna fístula por donde la orina continúa saliendo, ó ambas cosas á la vez, entonces es necesario volver á dividir la uretra inferiormente en toda la extension de la coartacion; casi siempre con esta segunda operacion y la dilatacion consecutiva, los emfermos curan completamente. O bien la herida exterior se cicatriza sin que los tejidos se hayan fundido y sin que el estrechamiento se reproduzca, ó si se reproduce, permite la introduccion del uretrotomo; y en estos casos, basta en el primero, repetir la ojalera perineal sin cortar la uretra y en el segundo hacer la uretrotomía interna y la ojalera exterior para fundir el resto de tejidos alterados.

Sucede, por último, que la uretrotomía externa funde todos los tejidos indurados despues de la cicatrizacion, y que sin embargo, el estrechamiento se reproduce; en estos casos, el enfermo que se ha puesto en el caso de uno de los de la primera categoría que establecimos, cura con practicar una uretrotomía interna, que sin la externa que se habia hecho antes, hubiera sido insuficiente.

Hay, por último, casos en los que es necesario repetir la operacion tres ó mas veces para lograr una curacion definitiva.

Réstanos solamente hablar de la gravedad de la operacion que estudiamos, gravedad que ha sido muy exagerada por los detractores del método externo y muy limitada por los cirujanos que la han puesto en boga.

La estadística siguiente, tomada de Thompson, indica cuáles han sido los resultados de la uretrotomía externa en Inglaterra:

Syme — 70 casos — ningun muerto, la mayor parte curados.

Fergusson — 4 casos — un muerto — 2 éxitos incompletos — 1 dudoso.

Cock — 3 casos — 1 muerto — los otros mas ó menos dudosos.

Coulson — 8 casos — 1 muerto — los otros mas ó menos curados.

Erichson — 3 casos — 1 ó 2 dudosos.

Haynes Walton — 1 caso. Curacion.

H. Thompson — 1 caso — curacion, (despues de 1854, 9 casos casi todos curados).

Mackenzie — 7 casos — 1 muerto — los otros mas ó menos curados.

Dunsmure — 3 casos — 2 mas ó menos curados — 1 no curó.

F. Thompson — 2 curados.

Cruickshank — 1 curado.

Fiddes — 6 casos — 5 curados — 1 dudoso.

Total. — 130 casos. — 4 muertos.

Entre todos los operados en la Sala de Cirujía Mayor, que como he dicho comprenden diez y siete casos, no ha habido mas que un muerto, siendo de notar, que se trataba de un viejo, en que se hizo la uretrotomía interna y la ojalera del perineo sin cortar la uretra, con el cauterio Paquelin; la incision prolongada demasiado hácia adelante, comprendió el bulbo y trajo una flebitis que se terminó por infeccion purulenta. Entre los numerosos enfermos que el Sr. Lavista ha operado en su clientela civil, no ha tenido que deplorar ningun caso desgraciado.

Todos los operados que he visto en el Hospital han salido enteramente curados, algunos pidieron su alta antes que el tra-

tamiento por la dilatacion hubiese concluido, cuatro que están actualmente en el servicio, están en el mejor camino para su curacion y todo hace esperar que curarán enteramente.

¿Pero la curacion es permanente, ó los enfermos á quienes no hemos vuelto á ver, han recaido y se han reproducido los accidentes? A decir verdad, no lo sabemos; pero es de creer que no suceda lo último, pues de año y medio á esta parte no han vuelto á presentarse en el servicio ninguno de los operados por la uretrotomía externa.

Pero de todos modos, la uretrotomía que estudiamos, en los casos que no procure una curacion completa, sí produce la fusion de todos los tejidos alterados y la cicatrizacion de los canales fistulosos; de manera, que en los casos raros en que el estrechamiento se reproduce, basta la uretrotomía interna y la dilatacion consecutiva para traer una curacion radical, que sin la uretrotomía externa, habria sido imposible.

Observacion 1ª

José M. Hernandez es un viejo jornalero de unos 73 años de edad con los atributos de una buena constitucion, desde jóven padeció un chancro blando y una blenorragia que por descuido se hizo crónica y que con ligeras intermitencias le ha durado hasta la fecha. Despues de los primeros años de esa blenorrea, le vino una dificultad para orinar, que le ha ido aumentando de dia en dia, acompañada de los otros síntomas de un estrechamiento, hasta hace seis meses; en que la gravedad de su lesion le obligó á entrar á la Sala de Cirujía menor del Hospital San Andrés, donde permaneció hasta el 10 de Diciembre del año pasado, tratado sin éxito por la dilatacion. En esta fecha, entró á la sala de Cirujía Mayor donde despues de recojer los antecedentes que preceden, se procedió á una exploracion minuciosa encontrándose en él las lesiones que voy á señalar:

El pene de este hombre deformado por la cicatriz del chancro es pequeño y presenta el orificio del meato urinoso desviado hácia abajo y un poco estrecho; en la region perineal, en el punto correspondiente á la porcion bulbo menbranosa de la uretra, existe una hinchazon bastante marcada, de una consistencia dura y con la piel rugosa y algo pigmentada; en el mismo punto, hay un pequeño orificio fistuloso que al decir del enfermo le apareció un mes antes y fué el resultado de un abceso urinoso que se abrió, dejando escurrir una pequeña cantidad de pus mezclado á la orina. Por esta fistula escurre la orina durante la miccion, aunque en pequeña cantidad, pues casi toda sale por el meato, formande un chorro delgado é irregular.

Toda la region perineal hasta el borde del ano está ocupada por una masa de tejidos indurados muy resistentes, y palpando profundamente, se siente la uretra como un cordon duro del grueso del dedo pequeño.

Al intentar la exploracion del canal se notó que oprimiendo el meato, escurria una cantidad de pus abundante muy espeso y de un color amarillo verdoso sin olor particular bien marcado. Habiendo introducido, aunque con dificultad por la estrechez del meato, una sonda de plata; se vió que era detenida por un obstáculo resistente al nivel del bulbo, que no pudo vencerse, pero como era necesario averiguar el calibre del canal en el punto estrechado, se introdujeron sucesivamente sondas elásticas y de melchor de distinto grueso, hasta llegar á la candelilla de Maisonneuve que fué la única que se consiguió pasar á la vejiga. Se juzgó necesario hacer la ure-

trotomía interna y la ojalera perineal para fundir los tejidos indurados y se aplazó la operacion para practicarla algunos dias despues.

A fines de Diciembre, el enfermo fué operado por la uretrotomía interna con el uretrotomo de Maisonneuve y despues de introducir un catéter á la vejiga, se practicó una ojalera en el perineo, con el termo cauletario de Paquelin, que comprendió todos los tejidos endurecidos hasta llegar á la parte inferior de la uretra que fué respetada. Se puso al enfermo una curacion con digestivo y un poco de algodon, sostenido por una venda en T, y se esperó el resultado de la operacion.

Al dia siguiente, vino una hemorragia abundante por la uretra, la sangre escurrió por el meato durante la noche, haciendose preciso descubrir el apósito; al quitar la curacion se buscó como era natural, si la sangre no venia tambien de la herida exterior; pero esta se encontró en perfecto estado, notandose que la supuracion comenzaba á establecerse.

Como la hemorragia continuaba, se introdujo una sonda gruesa en la vejiga, con el objeto de dejarla por unas diez ó doce horas, esperando contenerla por este medio; y se vió que la orina salió por ella en abundancia, mezclada con una cantidad considerable de sangre que le daba una coloracion negruzca y que comenzaba á descomponerse. A pesar de la sonda y las inyecciones frias que se hicieron á la vejiga, la sangre siguió saliendo aunque menos abundante durante la noche del primer dia, la orina siempre mezclada á la sangre tenia el mismo color y un fuerte olor amoniacal, y una cantidad considerable de moco. Al segundo dia que la hemorragia se detuvo, se quitó la sonda y se dejó al enfermo en perfecta quietud, no juzgando prudente el seguírsela pasando, por temor de que se repitiera la hemorragia. Ocho dias despues, reapareció ésta sin causa aparente, pero no duró mas que un dia y cedió á los mismos medios y á la administracion de algunos hemostáticos al interior. Pasados algunos dias, despues del último accidente, se comenzó á pasar al enfermo cada tercer dia, una sonda de plata del grueso ordinario y se continuó curando la herida y manteniendo por los topicos irritantes una supuracion constante, esperando la fusion de los tejidos.

Desde entónces el enfermo ha ido mejorando, los tejidos indurados estan enteramente fundidos y la herida, casi completamente cicatrizada, apenas deja salir algunas gotas de orina. Esta, enteramente limpia y trasparente sale con libertad por el meato y la sonda de plata que se le pasa todos los dias atraviesa lo uretra sin encontrar ninguna dificultad.

Actualmente el enfermo continúa aun en el hospital, pero todo hace esperar que á mediados del próximo Marzo, saldrá de alta, enteramente curado.

Observacion 2ª

Ocupa la cama núm. 1, de la sala de Cirujía Mayor el enfermo Jesus Linares, hombre de 32 años de edad, bien constituido y de oficio cargador; refiere que hace 12 años tuvo la primera blenorragia, que le duró un mes, quedando bueno despues de ella; que al año siguiente le repitió durándole muchos meses y que tambien sanó. Hace 10 años, algunos meses despues de la segunda blenorragia, se dió un fuerte golpe en el perineo y despues de él comenzó á notar que el chorro de la orina se adelgazaba cada dia mas. Dos años mas tarde, despues de beber pulque en exceso, le vino una retencion de la orina que cedió, segun cuenta el enfermo, á una aplicacion de sanguijuelas; por último, hace un año que le apareció la primera fístula y desde entónces la orina sale por ella y por otras que se han presentado despues. Tales son los antecedentes que se recojieron el 28 de Diciembre del año pasado, que fué el dia en que el enfermo entró al Hospital de San Andrés. Examinándole, encontramos todas las lesiones del aparato urinoso que caracterizan la tercera categoría de hechos que establecimos al hablar de las indicaciones de la uretrotomía externa. Existian en la uretra varias estrecheces que ocupaban toda la porcion bulbo membranosa del canal, estendiendose hasta la region prostática, estos estrechamientos no daban paso mas que á la orina, pues no podia introducirse por ellos ni la candelilla conductora mas fina. Todo el escroto y la region perinéal estaban ocupados por una masa de tejidos fibrosos muy resistentes, que se estendian hasta el tejido celular de las nalgas. En medio de estos tejidos alterados, se encontraban las aberturas de tres fístulas, por donde la orina escurria en abundancia; uno de estos orificios fistulosos colocado en la línea media, correspondia á la porcion bulbar de la uretra; los otros estaban situados atrás y afuera de este y comunicaban con ella por un trayecto tortuoso. La piel muy gruesa y adherida á los tejidos subyacentes presentaba una coloracion morena muy marcada.

El dia 2 de Enero, ocho dias despues de la entrada del enfermo, se le practicó la uretrotomía externa sin conductor; á consecuencia de la operacion se mejoró mucho, pues se le cerraron las fístulas fundiéndose parte de los tejidos indurados. Pero como el estrechamiento se reprodujo al mismo grado y la herida de la primera operacion habia cicatrizado ya, se le operó por segunda vez el dia dos de Febrero, un mes despues de la primera operacion. Hecha la ojalera, se encontró la pared inferior de la uretra des-

truida en una extension de cinco ó seis centímetros extendiéndose hasta el cuello vecical; el estrechamiento, situado adelante de esta porcion destruida del canal, fué dividido sobre el pico del catéter. Se juzgó prudente dejar al enfermo una sonda elástica permanente, muy blanda, pero apésar de esta circunstancia, la uretritis intensa que vino al otro dia, nos obligó á quitarla en la mañana siguiente.

Se curó la herida con digestivo y algodon del modo acostumbrado en estos casos y ocho dias despues se comenzó á pasar una sonda de plata, siguiendo prudentemente la pared superior de la uretra. Es de notarse que aquí como en todos los casos que he visto, la temperatura no subió notablemente; despues de la primera operacion el termómetro marcó al otro dia 39 grados, pero al segundo, ya habia bajado á 37, no pasando de ahí, en los dias siguientes; despues de la segunda operacion, el termómetro marcó siempre la temperatura normal.

Pero desgraciadamente la sonda que en los primeros dias pasaba con facilidad, ahora ya no pasa, lo que indica que el estrechamiento se ha reproducido no obstante la fusion de casi todos los tejidos indurados y la cicatrisacion de las fistulas; de manera que para la curacion radical se hace indispensable practicar como complemento la uretrotomía interna.

Como las dos uretrotomías de fuera ó adentro fueron suficientes para fundir los tejidos indurados y procurar la curacion de ias fístulas, es decir que llenaron su objeto sin impedir la reproduccion de la estrechez; para curar esta, bastará ahora la uretrotomía interna, seguida de un tratamiento prolongado por la dilatacion.

Como se ve en este caso las alteracines estaban tan avanzadas, que no ha bastado el repetir dos veces la uretrotomía para traer la curacion; pero no obstante esto, el enfermo está notablemente mejorado, pues ahora se puede decir que se encuentra en el caso de uno que tiene un simple estrechamiento, puesto que todas las complicaciones han desaparecido.

Observacion 3ª

La tercera observacion que vamos á referir pertenece como las anteriores, á la tercera categoría, y es importante bajo muchos puntos de vista.

Se trata de Andrés Inocente, que es un hombre muy bien constituido, con todos los caracteres del temperamento sanguíneo bien marcado; este enfermo, de 30 años de edad, entró al hospital el 1º de Mayo del año pasado, donde ocupó la cama núm. 24. Cuenta que hace nueve años pa-

deció por primera vez una blenorragia que se hizo crónica y le duró por espacio de ocho años, durante el curso de su blenorragia y á los tres años del principio de ella, le vinieron los primeros síntomas racionales de un estrechamiento que se fueron marcando cada dia mas. Hace como año y medio que le aparecieron las primeras fístulas, y pocos dias despues de éstas, una infiltracion urinosa que felizmente se limitó. Explorando, se le encontró en el lugar de eleccion, un estrechamiento infranqueable y muy extenso que apénas daba paso á la orina; la uretra convertida en un grueso cordon duro y rodeado de una masa enorme de tejidos indurados; la piel gruesa, rugosa, pigmentada y fuertemente adherida, y por último, la abertura de varias fístulas por donde salia la orina y un poco de moco mal ligado, revuelto con ella. Operado por primera vez el dia 3 de Junio; se le hizo como estaba indicada su ojalera perineal, hasta dividir la uretra en todos los puntos estrechados. Pero como esta primera operacion, que se practicó sin conductor, no fué lo bastante para traer la curacion que se deseaba; como se reprodujo el estrechamiento y persistió otra pequeña abertura central, restos de la incision, por donde salia la orina mezclada á una pequeña cantidad de pus; se repitió la operacion el mes de Octubre, volviendo á dividir la uretra y todos los tejidos alterados,

Con esta nueva ojalera se consiguió casi la fusion de todos los tejidos y se pudo pasar una sonda de plata del grueso comun de las sondas de estuche; pero á medida que la cicatrizacion de la herida avanzaba, el canal volvía á estrecharse cada vez mas, hasta que llegó un momento en que fué haciéndose cada dia mas difícil el paso de la sonda, concluyendo por ser imposible pasar aún la candelilla elástica mas fina.

Despues de dos operaciones, en las que se habia dividido la uretra, se habia conseguido como en el caso anterior que se fundieran los tejidos indurados y que cicatrizaran las fístulas; pero el estrechamiento se habia reproducido y admitia solo una candelilla conductora de Maisonneuve. Era indispensable intentar una nueva operacion para completar una curacion que era defectuosa y como el dividir nuevamente la uretra en su pared inferior era ya inútil, se practicó en los primeros dias de Febrero la uretrotomía interna.

Pero como persistia en la línea media una pequeña abertura por donde la orina salia y quedaban algunos restos de tejido indurado que impedian una curacion definitiva. el Sr. Lavista juzgó necesaria una nueva debridacion que llegando hasta la uretra, sin cortarla, comprendiera todos los tejidos indurados que quedaban. Efectivamente, practiqué, con el cauterio Paquelin una ámplia incision en la línea media, y puedo asegurar, como ya lo dije ántes, que fué muy difícil y se necesitaron grandes esfuerzos pa-

ra hacer caminar el cuchillo del termo-cauterio, en aquellos tejidos tan duros que casi tenian la consistencia del fibro cartílago.

Despues de esta última operacion el enfermo marchó bien los dos primeros dias en que como de costumbre en casos análogos, se le pasó una sonda de plata con suma facilidad. Pero el tercero fué atacado por la mañana de un calosfrio intenso, seguido de calentura, pues el termómetro marcaba cerca de 40 grados; explorado para buscar la causa de aquella reaccion, no creyendo en la fiebre urinosa, se encontró el principio de una erisipela que comenzaba en los dos lábios de la herida perineal. La erisipela se extendió en unos cuantos dias á casi todos los múslos por su parte posterior, subiendo hasta ocupar la mitad inferior de la espalda.

Durante este accidente, que duró siete dias y puso la vida del enfermo en grave peligro por la suma intensidad de la calentura, se juzgó prudente suspender el paso diario de la sonda; al octavo dia la erisipela se limitó, cediendo al uso del percloruro de fierro, segun el método de Vallette de Lyon, é inmediatamente se continuó el tratamiento por la dilatacion.

Actualmente el enfermo se puede considerar como curado, pues la última ojalera trajo la fusion completa de los restos de tejidos indurados, y la herida casi cicatrizada, no deja salir la menor gota de orina; ésta sale toda por el canal formando un chorro bastante grueso y con entera facilidad. Inútil es decir que una sonda de plata del núm. 10 pasa ya por la uretra sin encontrar el menor obstáculo.

Para terminar haré notar que en este caso, creo que la debridacion con el cauterio tuvo mucha influencia en la aparicion de la erisipela, pues no solo no habia alguna otra causa que la explicara, sino que en todos los demas operados por el bísturi, mucho mas numerosos; este accidente no se habia presentado nunca, no obstante que alguna vez habia en la sala enfermos de erisipela, cosa que no sucedia en el caso que referimos.

Observacion 4ª

La historia de este enfermo, que voy á referir, pertenece al Sr. Lavista, quien lo observó en su práctica civil. Se trata de Ceferino Argentin, hombre muy bien constituido, original de Francia y de unos 44 años de edad; nos cuenta que hace quince meses le vino por primera vez una blenorragia que le duró siete semanas; ya curado recibió un golpe en el perineo y poco despues comenzó á notar dificultad al orinar que fué aumentando cada vez mas. Cuatro meses despues de la purgacion, fué operado en California y segun lo que refiere, parece que le hicieron una uretrotomía

interna, con la que mejoró notablemente por espacio de diez meses. Hace tres que desembarcó en Veracruz y como pocos dias antes habia notado que los accidentes se reproducian y que volvia á orinar con suma dificultad, ocurrió al Sr. Lavista, quien despues de asegurarse de la existencia de un estrechamiento en la region bulbo membranosa que se extendia hasta ocupar parte de la porcion prostática del canal y de que admitia una candelilla conductora; practicó, comprendiendo la inutilidad de la dilatacion por la resistencia de la estreches y su naturaleza fibrosa; la uretrotomia de dentro á afuera en el uretrotomo Maisonneuve, que fué hecha el 12 de Diciembre del año pasado. Mas como la uretra estaba rodeada de una masa dura de tejidos alterados que le impedia dilatarse oponiendose á la curacion, la uretrotomia fué como sucede en los casos semejantes, insuficiente para curar, y los accidentes volvieron á reproducirse.

Decidida por estos motivos la ojalera perineal, fué practicada por primera vez, el 20 de Diciembre, cortando sobre la línea media y comprendiendo en la incision todas las partes alteradas, llegando esta hasta el cuello de la vejiga; la operacion fué practicada sobre un conductor. Por desgracia la cicatrizacion de la herida vino con tal rapidez que en pocos dias cerró casi enteramente, sin dar lugar á la fusion de los tejidos indurados, y por consecuencia la estrechez se reprodujo. Esto hizo que se hiciera indispensable repetir la operacion, dividiendo una vez mas los mismos tejidos que aun estaban perfectamente alterados y ampliando interiormente el canal, haciendo de nuevo la uretrotomía interna. Despues de esto, ya fué posible el paso inmediato de una sonda de plata bastante gruesa que en seguida se continuo pasando con bastante frecuencia. Olvidaba hacer notar que en el caso presente. los accidentes del estrechamiento estaban complicados con una hipertrofia prostática bastante avansada.

Actualmente, la herida casi completamente cicatrisada, apenas presenta una pequeña abertura en la línea media atrás de la region bulbo membranosa por donde no salen sino algunas gotas de orina durante la miccion. Los tejidos indurados, se han fundido, permitiendo la dilatacion de la uretra que admite con facilidad una sonda de plata del núm. 11.

Para concluir la curacion, no queda ya que hacer sino completar el tratamiendo por la dilatacion, pasando diariamente al enfermo la sonda que he indicado, y cuando el camino de la orina esté enteramente libre, avivar por la cauterizacion los lábios de la pequeñísima herida, que hemos dicho dá una salida á algunas gotas de orina, para que cicatrizando, deje al enfermo completamente curado.

Observacion 5ª

Esa última observacion, intereresante bajo muchos puntos de vista, la debo á la bondad del Sr. Lavista y del Sr. Dominguez M. que asistieron al enfermo.

Se trata del Sr. Casimiro Farias, hombre de unos 40 años de edad, comerciante, casado y que habia gozado de muy buena salud, presentando los atributos de una constitucion robusta. Este señor, que por algun tiempo hizo la campaña durante la última intervencion en calidad de guerrillero, comenzó á observar hace ocho años los primeros síntomas de su enfermedad. De jóven, padeció varios accidentes venereos, entre otros, varias blenorragias, de las que por falta de cuidados no habia curado enteramente. Durante la época de sus fatigas militares, comenzó á observar que durante la miccion le ardia la uretra con el paso de la orina, y un poco mas tarde que no podia espeler este líquido con facilidad. La dificultad de la miccion aumentando cada dia mas; se vió obligado á sondearse él mismo para mitigar sus sufrimientos. Por los progresos de su lesion y acaso por el cateterismo que tal vez no se hizo de un modo conveniente, se le formaron varios abcesos urinosos, que se abrieron dando paso á la orina; luego que tuvo las fístulas, la orina salia por ellas con entera facilidad, pero en cambio por la uretra no escurrian sino lijeras gotas de este líquido. Como su enfermedad progresaba, luego que le fué posible, consultó con algunos médicos y aun curanderos que acabaron por quitarle toda esperanza de alivio. En los primeros dias del año pasado vino á Toluca, donde fué asistido por espacio de siete meses por el Dr. Hernandez; pero viendo que no conseguia mejorarse, se decidió á venir á México en Agosto del mismo año, y ocurrió á consultar al Sr. Dominguez en los primeros dias de Octubre. Observado por este señor en union del Dr. Lavista, pudieron notar que existia en el lugar de eleccion un estrechamiento fibroso que apénas, y no con pocas dificultades, daba paso á una candelilla de Maisonneuve. Que la uretra estaba rodeada de un anillo fibroso muy resistente y en la region perineal inmediatamente abajo del escroto, enmedio de un tejido alterado por la infiltracion crónica de la orina, habia una abertura fistulosa que comunicaba con la uretra detras de la estrechez. A mediados del mismo mes fué operado de uretrotomía interna, y al introducir el uretrotomo, se notó que la lámina de este instrumento chocaba en el interior del canal con una pared que debia ser calcárea, visto el ruido que producia dicha lámina, que

entraba con mucha dificultad. Practicada la incision en la pared uretral superior, se trató de introducir una sonda de plata, y entónces se pudo sentir mejor; que en la pared inferior, detras de la estrechez, existian probablemente varios cálculos que extendiéndose hasta el cuello vesical hacian que la pared del canal estuviese, por decirlo así, *ademada con cal.* Con esta primera operacion el enfermo no mejoró casi nada, y fué necesario practicar la segunda en los primeros dias de Octubre. Despues de la operacion, se notó que un cálculo se habia desalojado hácia adelante, y aprovechando esta circunstancia el Sr. Lavista, lo extrajo, despues de muchas dificultades, por medio de la cucharilla de Leroy d'Etiolles. Con la extraccion del cálculo y la nueva uretrotomía, se creyó que el enfermo mejoraria mucho, pero como no sucedió así y los accidentes volvian á reproducirse; se decidió practicar la uretrotomía externa, que tenia el doble objeto de dividir, fundiendo todos los tejidos indurados, comprendiendo la fístula en la incision y de extraer los cálculos que con razon se suponia existian aún en la uretra. La operacion se hizo extrayéndose por la incision que se extendia desde el bulbo al cuello vesical, ocho cálculos del tamaño de un chícharo, de un color amarillento y de una consistencia muy dura, formados probablemente de ácido úrico unido á algunos de los uratos alcalino-terrosos. El último de los ocho calculillos, estaba colocado en el cuello de la vejiga.

Despues que se practicó la uretrotomía externa, el enfermo mejoró notablemente; la herida que cicatrizaba con rapidez, dejaba salir cada dia menos orina, hasta que acabó por cerrarse enteramente. Desde entonces, el enfermo que habia perdido toda esperanza de volver á orinar por la uretra, vió con sorpresa que podia hacerlo, lanzando la orina á una distancia considerable, en forma de chorro bastante grueso y regular.

Durante la convalescencia, que duró hasta el 8 de Diciembre en que el paciente fué dado de alta, se pasó con bastante frecuencia una sonda gruesa á la vejiga, con el objeto de completar la dilatacion del canal.

La curacion que como se vé fué completa, se ha continuado hasta la fecha, pues el enfermo escribió últimamente de su tierra, diciendo que goza de perfecta salud.

La historia que en compendio acabo de referir, es notable bajo cualquier punto que se la considere, pues nos prueba entre otras cosas: que, cuando los estrechamientos se complican de cálculos uretrales, la uretrotomía interna es inútil para la curacion y solo sirve para ampliar momentáneamente el canal y permitir llegar á los cálculos, cuya extraccion no es posible por la uretra, cuando son numerosos; y por tanto que la uretrotomía externa es la única que en estas circunstancias, presta importantes servicios y permite una curacion radical.

Como se vé, he referido cinco observaciones en favor de las ideas que vengo sosteniendo en el presente trabajo; dije al principio que estaba fundado en la observacion de diez y siete casos, pero se concibe fácilmente que seria extenderse demasiado el copiar aquí la historia detallada de cada uno de ellos, tanto mas, cuando muchos son enteramente semejantes; por este motivo, no he referido sino aquellos que me han parecido mas importantes y que presentando en alto grado las alteraciones consecutivas á los estrechamientos, prueben mejor, que la uretrotomía externa es un poderoso recurso donde todos los demas medios curativos son insuficientes é imposibles de aplicar.

Para terminar este imperfecto estudio voy á reasumir en algunas proposiciones las conclusiones que de él resultan, y que sin pretenciones de ningun género someto á la sana crítica del ilustrado jurado, y de mis inteligentes compañeros.

El trabajo que he emprendido, y que como dije al principio de él, he querido darle un carácter enteramente práctico, no es sino el resultado de lo que bajo la inteligente direccion de mi sábio maestro el Sr. Lavista, he visto diariamente en el servicio de su cargo. A propósito he omitido el consultar autores que me habrian sin duda ilustrado mucho en la materia, pero tal vez, preocupado con las ideas de otro, me hubiera desviado de mi objeto, gastando el tiempo en discusiones, fundadas en opiniones mas ó menos dignas de crédito.

Por esto, repito, no he querido copiar mas que lo que he visto y que si no tiene la garantía de ser exacto, sí al menos es el resultado de hechos observados con imparcialidad, y referidos con la sinceridad indispensable en todo escrito médico.

Concluyo haciendo votos, porque las ideas que he tratado de vulgarizar, sean con el tiempo confirmadas por nuestros cirujanos, sacando á la uretrotomía externa del grupo ya demasiado grande de las operaciones de *último recurso*, y colocándola en primer lugar, como un medio precioso para la curacion radical de los estrechamientos de la uretra y de sus funestas consecuencias.

CONCLUSIONES.

I. La blenorragia aguda ó crónica es la principal causa de los estrechamientos de la uretra.

II. La uretrotomía externa está fundada en la inocuidad de las incisiones longitudinales de la uretra, como causa de estrechamientos, en la reparacion de las pérdidas de la pared uretral, aunque sean considerables, y en la necesidad de fundir todos los tejidos indurados que rodean el canal, para permitir su dilatacion.

III. Los estrechamientos orgánicos de la uretra, en que la alteracion está limitada á la pared del canal, deben ser tratados por la uretrotomía interna y la dilatacion consecutiva.

IV. Cuando las alteraciones de la pared de la uretra se extienden á los tejidos periuretrales y este canal está rodeado de una masa de tejidos fibrosos que llega hasta la piel, con una ó varias fístulas, es indispensable la *uretrotomía externa*.

V. Cuando los estrechamientos están complicados de cálculos uretrales, debe emplearse la uretrotomía perineal.

VI. En los estrechamientos infranqueables á la orina, es decir, cuando hay retencion de este líquido, la uretrotomía externa es una operacion de necesidad.

VII. La uretro-cistotomía es un precioso recurso como medio de diagnóstico y de tratamiento en los casos de que he hablado.

VIII. La uretrotomía externa, tiene sobre la interna, la ventaja de llenar las indicaciones en los casos graves en que la última es insuficiente é imposible de practicar.

IX. La uretrotomía externa es por sí misma una operacion inocente, y los accidentes consecutivos como fiebre urinosa, hemorragia, dolores agudos, etc., son mucho mas raros que despues de la uretrotomía de dentro á afuera.

X. La infiltracion urinosa es imposible despues de la uretrotomía externa, y relativamente frecuente despues de la interna.

XI. Despues de practicada la uretrotomía de fuera á adentro, debe curarse la herida á fondo; si se emplea la sutura es casi segura la infiltracion de la orina.

XII. El empleo de la sonda permanente despues de la uretrotomía, es un medio inútil en muchos casos, y nocivo en otros, pues trae casi siempre una uretritis mas ó menos intensa.

XIII. Es preferible el bísturi al empleo del termo-cauterio, al practicar la ojalera, por las razones que hemos dado.

XIV. Despues de la uretrotomía externa, es indispensable la dilatacion como tratamiento complementario.

XV. Es preferible, siempre que se pueda, el operar sobre un conductor, por delgado que sea, pero si no se puede introducir nada mas allá del estrechamiento, se operará sin él, manteniéndose rigurosamente en la línea media, y guiándose por la extremidad del catéter y la punta de la próstata para encontrar la uretra.

XVI. No siempre basta una operacion para traer la cu-

racion radical; cuando las alteraciones son muy avanzadas, es preciso repetirla por dos ó tres veces, y ayudarse con la uretrotomía interna y la dilatacion prolongada.

XVII. Por último, la uretrotomía externa ú ojalera perineal, no es como habian creido los cirujanos antiguos, una operacion de *necesidad*, que debe emplearse solamente como último recurso; sino que debe extenderse su empleo, practicándola en todos los casos en que llene las indicaciones curativas, que hemos tratado de precisar.

México, Marzo 18 de 1878.

JOSE M. GAMA.